

# Informationsdienst

Die GVG berichtet über ihre Arbeit  
Jahresbericht 2009  
November 2008 – Oktober 2009



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	Seite 5
<b>1. Präsidium und Vorstand</b>	Seite 7
<b>2. Ausschussarbeit</b>	Seite 9
2.1 Ausschuss Alterssicherung	Seite 9
2.2 Ausschuss EU	Seite 12
2.3 Ausschuss Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen	Seite 17
2.4 Ausschuss eHealth / Telematik im Gesundheitswesen	Seite 21
2.5 Ausschuss Pflege / Rehabilitation	Seite 26
<b>3. gesundheitsziele.de</b>	Seite 31
<b>4. Öffentlichkeitsarbeit</b>	Seite 37
4.1 Veranstaltungen	Seite 37
4.2 Publikationen	Seite 39
4.2.1 Informationsdienst der GVG	Seite 39
4.2.2 Schriftenreihe der GVG	Seite 40
4.2.3 Weitere Aktivitäten	Seite 40
4.2.4 Webauftritt der GVG	Seite 40
<b>5. Internationale Arbeit</b>	Seite 43
<b>6. Satzung der GVG</b>	Seite 47
<b>7. Wort-/Bildmarke GVG</b>	Seite 49
<b>ANHANG</b>	
<b>Gremien der GVG</b>	Seite 53
<b>Organigramm der GVG-Geschäftsstelle</b>	Seite 69

## Vorwort

Das Jahr 2008/2009 war gekennzeichnet durch die Finanz- und Wirtschaftskrise sowie durch Bundestags-, Landtags- und Europawahlen, die die politische Landschaft bewegt haben. Die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise hat die GVG in ihrer Arbeit unter verschiedenen Gesichtspunkten aufgegriffen – unter dem Gesichtspunkt möglicher Auswirkungen auf die Sozialsysteme sowie in ihrer europäischen Dimension. Im Vorfeld der Wahlen standen zentrale Fragestellungen auf der Agenda, während dann die Wahlen bzw. die Regierungsbildung im Vordergrund standen. Auch dies spiegelt sich in den Aktivitäten der GVG wider – die Ausschussarbeit war von Diskussionen zentraler Reformen und ihrer Umsetzung in Alterssicherung, Gesundheitswesen und Pflege geprägt.

Darüber hinaus knüpfte die GVG in ihrer Arbeit an Themenbereiche an, die sie schon in den Vorjahren intensiv bearbeitet hatte – Selbstverwaltung, Pflege, Rehabilitation, Telematik, die Beschäftigung Älterer sowie die europäische Offene Methode der Koordinierung und das Konzept *Flexicurity*.

Vielfältige Vernetzungen ergaben sich zwischen den Fragestellungen der verschiedenen Ausschüsse der GVG sowie zwischen deutschen und internationalen Themen – so zu Fragen der alternden Bevölkerung unter Gesichtspunkten der sozialen Absicherung, der Gesundheit, der Rehabilitation, der Pflege und der Telematik; zu Fragen der Zielorientierung von Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik und sozialer Sicherung oder zum internationalen Vergleich verschiedener Möglichkeiten, die Sozialsysteme weiterzuentwickeln.

Bewährt hat sich wieder die Bildung von Arbeitsgruppen, die aus den Ausschüssen der GVG zu spezifischen Fragestellungen arbeiten – im Jahr 2008/2009 zur Rehabilitation, zur Offenen Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege und zur Weiterentwicklung der internationalen Zusammenarbeit.

Tradition hat die Arbeit in mehreren Arbeitsgruppen und Gremien im Rahmen des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de*, der seit dem Jahr 2000 unter dem Dach der GVG arbeitet und im Jahr 2008/2009 zahlreiche konzeptionelle Arbeiten erfolgreich voranbringen und abschließen konnte.

Die internationale Arbeit der GVG setzte die bewährte Zusammenarbeit in den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, in Mittel- und Osteuropa, der Türkei und in Asien fort. Auch dort zeigt sich immer wieder, wie wichtig das Zusammenwirken der verantwortlichen Akteure für die erfolgreiche Weiterentwicklung der Systeme ist. Das große Engagement ihrer Mitglieder und weiterer Partner hat es der GVG ermöglicht, diese internationale Arbeit erfolgreich fortzuführen.

Die GVG konnte somit im Jahr 2008/2009 im aktiven und engagierten Zusammenwirken ihrer Mitgliedsorganisationen und in guter Zusammenarbeit mit Bundes- und Landesministerien und zahlreichen anderen verantwortlichen Akteuren aktiv zur Gestaltung und Weiterentwicklung der Sozial- und Gesundheitssysteme in Deutschland und im Ausland beitragen. Ihnen allen danken wir für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit.

## Vorwort

Seit mehr als 60 Jahren ist die GVG für ihre Mitglieder zur Konsensplattform für Sozialpolitik in Deutschland gewachsen. Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus waren dabei stets die Grundprinzipien in allen Bestrebungen. Aufgrund ihrer Struktur, ihrer Ausrichtung und ihrer nationalen Verankerung mit internationaler Aufstellung ist es Kernanliegen der GVG, diskursive Prozesse transparent zu gestalten und für Nachhaltigkeit, Akzeptanz und Vertrauen nach allen Seiten einzutreten. Dies hat sich bewährt und wir werden diesen Weg weitergehen.

GVG

*Dr. Sibylle Angele*

## 1. Präsidium und Vorstand

Am 08. Oktober 2008 wählte die Mitgliederversammlung der GVG einstimmig gemäß § 7 der Satzung das **Präsidium der GVG** für die Wahlperiode 2009 bis 2011. Das Präsidium vereint Vertreterinnen und Vertreter der die GVG tragenden Gruppen und der Wissenschaft (siehe Anhang: *Gremien der GVG*).

Im Anschluss wählte das Präsidium der GVG einstimmig aus seiner Mitte gemäß § 8 der Satzung den **Vorstand der GVG** für die Wahlperiode 2009 bis 2011 (siehe Anhang: *Gremien der GVG*). Als Vorsitzender der GVG wurde Dr. Herbert Rische, Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, im Amt bestätigt.



## 2. Ausschussarbeit

Auch im Jahr 2008/2009 haben die Mitglieder der GVG in sechs Ausschüssen regelmäßig zu sozial- und gesundheitspolitischen Fragestellungen gearbeitet:

- Ausschuss „Alterssicherung“  
Vorsitz: Prof. Dr. Winfried Schmähl
- Ausschuss „EU“  
Vorsitz: Prof. Dr. Susanne Tiemann, Universität Bonn
- Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen / *gesundheitsziele.de*“  
Vorsitz: Dr. Rainer Hess, Gemeinsamer Bundesausschuss
- Ausschuss „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“  
Vorsitz: Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim
- Ausschuss „eHealth / Telematik im Gesundheitswesen“  
Vorsitz: Dr. Joachim Breuer, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Ausschuss „Pflege / Rehabilitation“  
Vorsitz: Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Die Ausschüsse der GVG sind Foren der bereichsübergreifenden Information und der Konsensbildung. Deshalb spielt der Austausch von Informationen zu aktuellen Themenstellungen eine wichtige Rolle in der Ausschussarbeit. Darüber hinaus arbeiten die Mitglieder der Ausschüsse zu spezifischen Themen immer wieder in Arbeitsgruppen zusammen, um gemeinsame Stellungnahmen vorzubereiten und sie in die öffentliche Diskussion in Deutschland und Europa, aber auch in die Abstimmungsprozesse in den Bundesministerien einzubringen.

### 2.1 Ausschuss Alterssicherung

Im Jahr 2008/2009 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Winfried Schmähl mit folgenden Themen befasst:

- Anhebung der Altersgrenzen –Übergang in den Ruhestand – Erwerbsbeteiligung Älterer
- Rentenangleichung Ost
- Auswirkungen der Finanzkrise auf die Alterssicherungssysteme

In Fortsetzung seiner Arbeit im Vorjahr, hat sich der Ausschuss im Dezember 2008 vor dem Hintergrund der **Anhebung der Regelaltersgrenze** über die Ergebnisse des ersten Monitoring informiert, das der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) gemeinsam mit Wohlfahrts- und Sozialverbänden im *Netzwerk für eine gerechte Rente* durchgeführt hat. Ausgangspunkt für die Durchführung des Monitorings war der in § 154 Abs. 4 SGB VI festgelegte Auftrag, wonach die Bundesregierung alle vier Jahre zur Abgabe eines Berichtes bezüglich der **Entwicklung der Beschäftigung älterer Menschen** und einer Einschätzung hinsichtlich der Vertretbarkeit der Anhebung der Regelaltersgrenze aufgerufen ist. Der Ausschuss diskutierte die Schlussfolgerungen des Berichtes, der die Beschäftigung Älterer, ihre gesundheitliche und berufliche Leistungsfähigkeit, die Übergänge vom Arbeitsleben in den Rentenbezug sowie die Entwicklung der Rentenhöhe und die Alterseinkommen untersucht.

## Ausschussarbeit

Vergleichend richtete der Ausschuss den Blick über die Grenzen und beschäftigte sich mit den **österreichischen Regelungen zum Übergang in den Ruhestand**. In Österreich hat es in den vergangenen Jahren weit reichende strukturelle Reformen des Alterssicherungssystems gegeben, die jedoch vielfältige Übergangs- und Ausnahmeregelungen beinhalten. Schwerpunkte der Reformen waren u. a. eine Reduktion der Frühverrentung durch Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen Arbeitslosigkeit und eine schrittweise Anhebung des Zutrittsalters zur vorzeitigen Alterspension wegen langer Versicherungsdauer. Gegenwärtig gibt es in Österreich fünf Optionen zum vorzeitigen Rentenbezug. In Folge der Reformen sind Substitutionseffekte erkennbar, insbesondere bei den sog. *Invaliditätspensionen*. Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer(innen) hat sich zwar positiv entwickelt, allerdings auf im europäischen Vergleich niedrigem Niveau.

Im Zusammenhang mit Diskussionen um die **Angleichung der Rentenwerte** in den alten und den neuen Bundesländern beschäftigte sich der Ausschuss im Februar 2009 mit verschiedenen Modellen in Diskussion. Die Ausführungen der Fachleute von ver.di und Deutscher Rentenversicherung Bund (DRV Bund) verdeutlichten nochmals den Prozess der Rentenüberleitung Anfang der 1990er Jahre und die Herausforderungen aufgrund der großen Unterschiede der Systeme in Ost und West. Die im Einigungsvertrag formulierte Zielsetzung einer Angleichung der Renten sah vor, dass diese Hand in Hand mit der Angleichung der Löhne und Gehälter erfolgt. Die Zahlbeträge der Standardrente in den neuen Bundesländern sind deshalb seit 1991 deutlich stärker gestiegen als in den alten Bundesländern. Um niedrige Entgelte zu Zeiten der DDR und das niedrigere Lohnniveau in den neuen Bundesländern zu berücksichtigen, erfolgt derzeit für die Ermittlung der Entgeltpunkte eine Hochwertung der Entgelte in Ostdeutschland. Dennoch liegt der Rentenwert Ost unter dem Rentenwert West. Verschiedene Modelle zur Angleichung weisen sowohl unterschiedliche finanzielle wie auch unterschiedliche verteilungspolitische Auswirkungen auf. Es wurde deutlich, dass die Diskussion um die Rentenangleichung Ost-West deshalb von Rentnerinnen und Rentnern, Versicherten, Beitragszahlern und Arbeitgebern mit unterschiedlicher Interessenslage geführt wird. Darüber hinaus wurden auch Einkommens- und Kaufkraftunterschiede zwischen anderen Regionen oder auch Branchen in Deutschland diskutiert.

Mehrfach beschäftigte sich der Ausschuss mit den **Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Alterssicherungssysteme** in Deutschland und Europa: Im Februar 2009 stellte ein Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Analyse der Ursachen der Finanz- und Wirtschaftskrise sowie mögliche Auswirkungen auf die Alterssicherungssysteme vor. In diesem Zusammenhang ging er auch auf die aktuelle Position der Weltbank ein. Im Ausblick stellte er Handlungsoptionen vor hinsichtlich der Systemarchitektur, der Abdeckung und der Sicherung von Kaufkraft und Vermögen.

Im Rahmen eines eintägigen Workshops **Wirtschafts- und Finanzkrise – wie krisenfest ist die Alterssicherung?** griff der Ausschuss im Juni 2009 das Thema nochmals umfassend auf. Aus den Beiträgen der Fachleute der Deutschen Bundesbank, der Rentenversicherung, der betrieblichen Altersvorsorge und der Lebensversicherung wurde deutlich, dass sich mögliche Auswirkungen für die verschiedenen Säulen der Alterssicherungssysteme aufgrund ihrer Struktur deutlich unterscheiden: während sich die Finanzmarktkrise als solche direkt auf das Renditepotential kapitalgedeckter Systeme auswirkt, bergen sinkende Beitragseinnahmen und steigende Ausgaben für Frühverrentung ein Risikopotential für umlagefinanzierte Systeme. Die Auswirkungen betreffen z.B. leistungsorientierte Systeme anders als beitragsorientierte Systeme. Auch treffen Auswirkungen der Krise verschiedene Geburtsjahrgänge unterschiedlich: Rentner und Personen, die kurz vor dem Renteneintritt stehen, sind anders betroffen als junge

## Ausschussarbeit

Menschen. Eine Vertreterin der OECD sowie Fachleute aus Polen und den Niederlanden stellten die Entwicklungen in Deutschland in den internationalen Kontext. Dabei wurde deutlich, dass Deutschland von der Krise in vergleichsweise geringem Maße betroffen ist: Auswirkungen auf die umlagefinanzierte Rentenversicherung stellen sich über die Entwicklung des Arbeitsmarktes, die derzeit mit dem Instrument der Kurzarbeit weitgehend abgefangen werden, erst zeitverzögert ein. Erst eine länger anhaltende Arbeitslosigkeit und eine eventuelle Zunahme der Rentenzugänge würden sich negativ auf die finanzielle Situation der Rentenversicherung auswirken. Die kapitalgedeckten Versicherungen in Deutschland zeichnen sich im internationalen Vergleich durch strenge aufsichtsrechtliche Bestimmungen und das Anlageverhalten der Versicherungsunternehmen aus, deren Aktienanteil aktuell nur bei ca. 5 % liegt. Im Bereich der betrieblichen Altersversorgung sind in Deutschland anspruchsvolle Schutzmechanismen vorgesehen: Ansprüche sind neben der Arbeitgeberhaftung vor allem durch den Pensionssicherungsverein (PSV) geschützt, wo sich allerdings vergleichsweise hohe Belastungen für den PSV und seine Beitragszahlergemeinschaft abzeichnen.

Schließlich hat eine Arbeitsgruppe aus dem Ausschuss auch Fragen der **Vorsorgeinformation** diskutiert – ein Thema, zu dem die GVG schon früher intensiv gearbeitet hat.

11. Dezember 2008, Berlin

Themen: **Übergang in den Ruhestand in Österreich** und **Anhebung der Altersgrenzen und Monitoring der Erwerbsbeteiligung Älterer**

Dr. Marcel Fink <i>Universität Wien</i>	Übergang in den Ruhestand und Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Österreich
Ingo Nürnberger <i>Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand</i>	Anhebung der Altersgrenzen und Monitoring der Erwerbsbeteiligung Älterer – Methodische Überlegungen und politische Schlussfolgerungen aus Sicht des DGB

20. Februar 2009, Berlin:

Themen: **Rentenangleichung Ost** und **Auswirkungen der Finanzkrise auf die Alterssicherungssysteme**

Judith Kerschbaumer <i>ver.di Bundesverwaltung</i>	Rentenangleichung Ost
Sabine Ohsmann <i>Deutsche Rentenversicherung Bund</i>	
Markus Sailer <i>Deutsche Rentenversicherung Bund</i>	Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Alterssicherungssysteme

## Ausschussarbeit

Workshop am 15. Juni 2009, Berlin

Thema: *Wirtschafts- und Finanzkrise – wie krisenfest ist die Alterssicherung?*

Dr. Monika Queisser <i>Organisation for Economic Co-Operation and Development</i>	Auswirkungen der Finanzkrise auf Rentensysteme in internationaler Perspektive
Johannes Clemens <i>Deutsche Bundesbank</i>	Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Alterssicherung in Deutschland
Dr. Heinrich Jess <i>Deutsche Rentenversicherung Bund</i>  Heiko Gradehandt <i>Watson Wyatt</i>  Benjamin Schulz <i>Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.</i>	Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise – aktuelle Entwicklungen und Stellungnahmen aus Sicht der Institutionen
Prof. Dr. Maciej Zukowski <i>Universität Posen</i>	Finanzkrise und Alterssicherung: Aktuelle Entwicklungen in Polen
Albert Smolenaers <i>Sprenkels &amp; Verschuren</i>	Finanzkrise und Alterssicherung: Aktuelle Entwicklungen in den Niederlanden
Dr. Stefan Fasshauer <i>Bundesministerium für Arbeit und Soziales</i>	Auswirkungen der Finanzkrise – Anmerkungen zum Thema aus dem BMAS

## 2.2 Ausschuss EU

Im Jahr 2008/2009 hat sich der EU-Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Susanne Tiemann mit folgenden Themen befasst:

- Flexicurity
- Eingliederung / Armutsbekämpfung
- Die Rolle der EU in der Sozialpolitik – Vertiefung der Binnenmarktintegration
- Offene Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege
- Die Rolle der EU in der Finanz- und Wirtschaftskrise

Ein Thema, mit dem sich der Ausschuss seit dem Jahr 2006 immer wieder auseinandersetzt, ist das Konzept der **Flexicurity** – erhöhte Flexibilität am Arbeitsmarkt verknüpft mit entsprechender sozialer Absicherung. Hierzu sind auf europäischer Ebene gemeinsame Grundsätze entwickelt worden. Die Mitgliedstaaten sind aufgefordert, diese Prinzipien in die nationalen Prozesse zu integrieren. Im Dezember 2008 informierte eine Vertreterin der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), die in einer internationalen Expertengruppe mitarbeitet, die die Umsetzung von Flexicurity in den Mitgliedstaaten untersucht. Die Initiative soll die praktische Durchführung der Flexicurity-Grundsätze in den nationalen Zusammenhängen und den Austausch von Best Practice zwischen den Mitgliedstaaten fördern. Eine erste Untersuchung in fünf Mitgliedstaaten (ES, F, FIN, PL, SE) hatte im Sommer 2008 stattgefunden.

## Ausschussarbeit

Im März 2009 berichtete ein Vertreter des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) über die Schlussfolgerungen des Rates über **gemeinsame Grundsätze für die aktive Eingliederung zugunsten einer wirksamen Armutsbekämpfung**. Die Ratschlussfolgerungen vom 17.12.2008 basieren auf der Ratsempfehlung 92/441/EWG von 1992, die damals von zwölf Mitgliedstaaten der EWG verabschiedet wurde. Die neue Ratschlussfolgerung spiegelt ein zunehmend in allen Mitgliedstaaten angewendetes Sozialschutzkonzept wider, das gleichermaßen auf einen angemessenen Sozialschutz und einer aktiven, möglichst weitgehenden Befähigung zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt beruht. Hinsichtlich des Zugangs zu hochwertigen Dienstleistungen haben sich die Mitgliedstaaten auf gemeinsame Grundsätze geeinigt. Die Kommission setzt hier auf die Entwicklung eines Qualitätsrahmens und gegenseitiges Lernen durch Best Practices. Bezüglich des weiteren Vorgehens einigten sich die Mitgliedstaaten auf ein Monitoring im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) und eine Abstimmung mit dem Gesamtkonzept der Lissabonstrategie, die im Rahmen einer Arbeitsgruppe des Sozialschutzausschusses stattfindet. Der strategische Ansatz in Deutschland sieht unter anderem die verstärkte Teilhabe aller an Bildung und Ausbildung und die aktive Eingliederung älterer Erwerbstätiger vor.

Die **Auswirkungen der Binnenmarktintegration auf die sozialpolitische Gestaltungsfreiheit der nationalen Gesetzgeber und die Entwicklung einer europäischen Sozialpolitik** sind immer schon grundlegende Themen für den EU-Ausschuss. Der Ausschuss setzt sich mit diesen Fragestellungen aus politischer und rechtlicher Perspektive ebenso auseinander wie in der Beschäftigung mit konkreten europäischen Regelungen und der OMK, in der sich diese Fragestellungen kristallisieren.

In diesem Kontext konnte der Ausschuss im Mai 2009 einen Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung begrüßen, der aufzeigte, wie durch **Urteile des EuGH** die europäischen Grundrechte als *allgemeine Rechtsgrundsätze der Gemeinschaft* europäischem Primär- und Sekundärrecht gleichgesetzt wurden. Er kritisierte, dass auf diese Weise mit Einzelfallurteilen Rechtsetzung ohne Einbeziehung der Mitgliedstaaten erfolgt. Verschiedene Politikbereiche, die nicht in die Kompetenz der Gemeinschaftsorgane fallen, sind davon betroffen – so auch die Soziale Sicherung. Dies führt dazu, dass die Möglichkeiten nationaler Sozialgesetzgebung eingeschränkt werden und die europäische Integration nicht auf politischem, sondern auf rechtlichem Wege vertieft wird. In diesem Zusammenhang stellte der Referent nicht nur ein demokratisches Defizit fest, er verwies auch auf die asymmetrische Wirkung der Rechtsprechung auf die beiden in Europa vorherrschenden politischen Ökonomien: während die deregulierende Wirkung der jüngeren EuGH-Rechtsprechung Marktökonomien wie Großbritannien oder Osteuropa stärke, schwäche sie die Funktionsweise von koordinierten Ökonomien wie Deutschland oder Frankreich, in denen Marktmechanismen mit anderen Mechanismen (z.B. Sozialversicherungen, Flächentarifvertragssystem, ausgebaute Infrastrukturelemente der öffentlichen Daseinsvorsorge) kombiniert sind.

Zur **Offenen Methode der Koordinierung (OMK)** hat die GVG schon seit dem Jahr 2001 immer wieder intensiv gearbeitet und diesen Prozess in den unterschiedlichen Bereichen auch durch Stellungnahmen aktiv begleitet. Zuletzt hatte die GVG im Jahr 2005 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Soziale Sicherung ein Arbeitspapier zu Zielen, Indikatoren und Prüfkriterien für die Auswahl von Indikatoren und Indikatorensets für die OMK **für Gesundheit und Langzeitpflege** übergeben und dann im Jahr 2008 gemeinsam mit dem BMG eine Fachkonferenz zu diesem Thema durchgeführt.

## Ausschussarbeit

Im Jahr 2008/2009 knüpfte der EU-Ausschuss mit mehreren Aktivitäten an diese Arbeiten an: Im Zentrum einer von der EU-Kommission angestrebten Vertiefung der horizontalen Koordinierung im Rahmen der OMK für Gesundheit und Langzeitpflege stehen zum einen Indikatoren, die das Gerüst für eine systematische Überwachung und Bewertung der nationalen Politiken bilden, und zum anderen der Vorschlag einer Quantifizierung von Zielvorgaben, durch die der Umsetzung auf nationaler Ebene mehr Nachdruck verliehen werden soll. Dies hat die GVG veranlasst, sich wiederum intensiv mit diesem Themenkomplex zu beschäftigen.

Im Ausschuss berichtete eine Vertreterin des BMG zunächst zu aktuellen Entwicklungen. Ein Wissenschaftler des Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften informierte über Rolle, Potenzial und Grenzen von Indikatoren im Rahmen der OMK. Beides veranlasste den Ausschuss, in einer Arbeitsgruppe eine weitere **Stellungnahme zur Offenen Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege** zu erarbeiten. Schwerpunkte dieser Stellungnahme sind quantifizierte Ziele und Indikatoren. Die Stellungnahme soll im Dezember 2009 im Ausschuss verabschiedet und anschließend veröffentlicht werden.

Ebenfalls in diesem Zusammenhang führte die GVG in Zusammenarbeit mit dem BMG im April und im Juli 2009 zwei **Workshops zur Entwicklung der EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich** für Wissenschaftler(innen) sowie für Vertreter(innen) der Kostenträger, Leistungserbringer und der Länder durch, in denen die Entwicklungen der OMK analysiert und Handlungsoptionen diskutiert wurden. Dabei wurde einerseits immer wieder der Balanceakt zwischen europäischem Mehrwert durch Kooperation der Mitgliedstaaten und Kompetenzverlagerung weg von der nationalen Ebene hin zur europäischen Ebene deutlich. Andererseits wurden sehr konkret die Möglichkeiten und Schwierigkeiten einer Quantifizierung von Zielen und des Einsatzes vergleichbarer Indikatorenätze diskutiert. Um im Rahmen dieser gemeinsamen Arbeit von GVG und BMG den Stand der Erkenntnisse und mögliche Optionen zusammenzufassen, erstellt die GVG derzeit einen Sammelband im Rahmen ihrer Schriftenreihe, in dem neben Beiträgen von Fachleuten und Wissenschaftlern auch die aktuelle Stellungnahme der GVG zum Thema OMK sowie die Erfahrungen mit dem nationalen Gesundheitszieleprozess *gesundheitsziele.de* einfließen werden.

Seit Sommer 2008 führt die GVG für die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, das *Asisp-Projekt* durch. Die Projektverantwortliche der GVG stellte das Projekt im Mai 2009 im EU-Ausschuss vor. *Asisp* steht für ***Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms in the EU Member States and EFTA/EEA, candidate and pre-candidate countries***. Es handelt sich dabei um ein Netzwerk von Wissenschaftler(innen), die die Nationalen Strategieberichte für Sozialschutz der Mitgliedstaaten kommentieren und die wissenschaftliche und politische Debatte um die Auswirkungen der Reformen in den Bereichen Alterssicherung, Gesundheit und Pflege wiedergeben. Darüber hinaus erstellen sie ein Mal pro Jahr einen Jahresbericht, in dem umfassend über aktuelle Entwicklungen berichtet wird. Im Frühjahr 2009 bearbeitete *Asisp* eine Anfrage der Kommission zu den zu erwartenden Auswirkungen der aktuellen Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Soziale Sicherung, insbesondere in den Bereichen (a) Beitragseinnahmen in der Sozialversicherung, (b) kapitalgedeckte Alterssicherung sowie (c) Gesundheitssysteme.

Die **Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise** und die Rolle der EU war mehrfach Thema im Ausschuss: schon im März 2009 gab der Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung eine erste Einschätzung zur Rolle der EU in der Krise. Er stellte fest, dass sich die Währungsunion und das europäische Sozialmodell in der

## Ausschussarbeit

Krise bewährt haben. Zugleich erwartete er, dass die Krise in ihrem internationalen Charakter zu einer Erweiterung der europäischen Kompetenzen führt bzw. dazu genutzt wird.

Das 11. GVG-Euroforum im Oktober 2009 stand unter dem Motto **Die Rolle Europas in der Wirtschafts- und Finanzkrise**. Wissenschaftler(innen) und Vertreter(innen) aus GVG-Mitgliedsorganisationen diskutierten, welche Rolle Europa in Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise hat bzw. haben kann, wie sich die Krise in Europa auswirkt und was die Mitgliedstaaten in diesem Zusammenhang von Europa erwarten. Der Vorstand des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung informierte einleitend über die Finanzkrise und ihre Auswirkungen in Deutschland und Europa. Eine Wissenschaftlerin der Stiftung Wissenschaft und Politik zeigte auf, welche Rolle Europa in der Krise spielt und was die Mitgliedstaaten in der Finanz- und Wirtschaftskrise von Europa erwarten. Die Projektverantwortliche der GVG berichtete über die Ergebnisse des Asisp-Projektes zu den Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die sozialen Sicherungssysteme in Europa. Daran schloss sich eine Podiumsdiskussion *Erwartungen an ein soziales Europa in der Finanz- und Wirtschaftskrise* mit Vertreterinnen und Vertretern aus den GVG-Mitgliedsorganisationen – Sozialversicherung, Privatversicherung, Arbeitgeber, Gewerkschaften – und des BMAS an.

Im Rahmen des Euroforums würdigte Dr. Herbert Rische im Namen von Vorstand und Präsidium das **20jährige Bestehen des EU-Ausschusses** der GVG und dankte der Vorsitzenden Prof. Dr. Susanne Tiemann für die erfolgreiche Arbeit. Er hob hervor, dass im EU-Ausschuss der GVG, der sich seit Mai 1989 sehr aktiv mit europäischen Themen beschäftigt, sehr früh erkannt wurde, welche Bedeutung die europäische Dimension auch für die Sozialpolitik in Deutschland haben kann.

10. Dezember 2008, Berlin

Themen: **Offene Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege** und **Flexicurity in Europa**

Frederike Botzenhardt <i>Bundesministerium für Gesundheit</i>	Offene Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege: Sachstand Indikatorenentwicklung
Renate Hornung-Draus <i>Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände</i>	Flexicurity in Europa: Entwicklungen und Sachstand

12. März 2009, Berlin

Themen: **Rolle, Potenzial und Grenzen von Indikatoren im Rahmen der OMK, Schlussfolgerungen des Rates über gemeinsame Grundsätze für die aktive Eingliederung** und **Rolle der EU bei der Bewältigung der Finanzmarktkrise**

Dr. Heinz-Herbert Noll <i>Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften</i>	Rolle, Potenzial und Grenzen von Indikatoren im Rahmen der OMK
Dr. Martin Koppernock <i>Bundesministerium für Arbeit und Soziales</i>	Schlussfolgerungen des Rates über gemeinsame Grundsätze für die Aktive Eingliederung zugunsten einer wirksameren Armutsbekämpfung
Dr. Franz Terwey <i>Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung</i>	Rolle der EU bei der Bewältigung der Finanzmarktkrise

## Ausschussarbeit

18. Mai 2009, Berlin

Themen: **Soziales Europa? Thesen zur Vertiefung der Binnenmarktintegration** und **Soziale Sicherung in Europa – das asisp-Projekt**

Dr. Martin Höpner <i>Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung</i>	Soziales Europa? Thesen zur Vertiefung der Binnenmarktintegration
Dr. Sabine Horstmann <i>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und - gestaltung e.V.</i>	Soziale Sicherung in Europa – das asisp-Projekt

15. Oktober 2009, Berlin: GVG-Euroforum 2009

Thema: **Die Rolle Europas in der Finanz- und Wirtschaftskrise**

Dr. Herbert Rische <i>Deutsche Rentenversicherung Bund / Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und - gestaltung e.V.</i>	Begrüßung und Einführung
Prof. Dr. Wim Kösters <i>Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung</i>	Finanzielle und wirtschaftliche Auswirkungen der Finanzkrise in Europa und Deutschland
Dr. Daniela Schwarzer <i>Stiftung Wissenschaft und Politik</i>	Erwartungen an Europa in der Finanz- und Wirtschaftskrise
Dr. Sabine Horstmann <i>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und - gestaltung e.V.</i>	Auswirkungen der Finanzkrise auf die Sozialen Sicherungssysteme in Europa
Alexander Gunkel <i>Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände</i> Elke Hannak <i>ver.di Bundesverwaltung</i> Gabriele Hoffmann <i>Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.</i> Dr. Axel Reimann <i>Deutsche Rentenversicherung Bund</i> Dr. Christoph Schumacher- Hildebrand <i>Bundesministerium für Arbeit und Soziales</i>	Podiumsdiskussion Moderation: Prof. Dr. Susanne Tiemann

### 2.3 Ausschuss Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen

Im Jahr 2008/2009 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Eberhard Wille mit folgenden Themen befasst:

- Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung
- Rolle, Struktur und Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Die Krankenkassenverbände nach der Gesundheitsreform
- Basistarif der PKV – Wahltarife in der GKV

Im Vorfeld der **vertragsärztlichen Vergütungsreform** stellten der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und die Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Thüringen und Bayern die Reform vor. Der Vorsitzende der KBV ging einführend auf die neuen Regelungen im Einzelnen ein und erläuterte die Zielsetzungen für die KBV – u. a. den Wegfall der starren Budgetierung, die Ablösung der Kopfpauschalen, die Aufhebung der Grundlohnsummendeckelung und Honorarsteigerungen. Mit der Reform soll das Vergütungsniveau der neuen an das der alten Bundesländer angeglichen werden. Dabei darf keine KV verlieren. Die Vorsitzende der KV Thüringen berichtete über die Lage der Ärzteschaft in den neuen Bundesländern, deren Vergütung trotz großer Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nach wie vor auf einer Kopfpauschale, die auf Grundlage des 1. Quartals 1992 festgelegt wurde, basierte. Als Ergebnis der Reform erfolgt eine Angleichung nahezu an das Niveau der alten Bundesländer. Der Vorsitzende der KV Bayern zeigte auf, wie zwar auch Bayern von der Reform profitiert, sie zugleich jedoch die Vergütungssystematik verändert und erhebliche Umschichtungen auf der Ebene der individuellen Praxen verursacht. Darüber hinaus thematisierte er generell unterschiedliche honorarpolitische Möglichkeiten und die Diversifizierung der Vergütung unter Qualitätsaspekten. In diesem Zusammenhang diskutierte der Ausschuss auch die Möglichkeiten des Wettbewerbs unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds und eines einheitlichen Beitragssatzes.

Im März 2009 informierte sich der Ausschuss über **Rolle, Struktur und Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**. Der unparteiische Vorsitzende des G-BA legte dar, wie durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die normative Ebene vereinheitlicht und gestärkt wurde. Zugleich wurde unterhalb dieser Ebene der Wettbewerb um Kosten und Qualität gestärkt. Er stellte dann das Zusammenwirken der einheitlichen Normen mit Sonderregelungen im Wettbewerb zur Diskussion. In diesem Kontext informierte er über die neue Struktur und Besetzung des G-BA als Einrichtung der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen und seine untergesetzliche, verbindliche Normsetzungskompetenz. An konkreten Beispielen erläuterte Dr. Hess die neue Struktur des G-BA als Ausdruck seiner zunehmend sektorenübergreifenden Verantwortung. Zugleich gilt es, die Selbstverwaltung im G-BA weiter zu entwickeln, um den neuen Herausforderungen gerecht zu werden. Ein Vorgehen, das verstärkt an Gesamtkonzepten ausgerichtet ist, könnte hier eine Möglichkeit sein.

Der Leiter des IQWiG stellte anschließend **Rolle, Struktur und Arbeitsweise des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** vor. Er fasste einleitend zusammen, dass das 2004 gegründete Institut in seinen Entscheidungen autonom ist und seine Arbeiten Empfehlungscharakter für G-BA bzw. BMG haben.

## Ausschussarbeit

Schwerpunkt der Arbeit sind Berichte an den G-BA sowie die Entwicklung von Methoden für die spezifischen deutschen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus umfasst das Tätigkeitsfeld des IQWiG Informationen für Bürgerinnen und Bürger. Prof. Sawicki stellte dann das Konzept des IQWiG zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten vor. Während die Nutzenbewertung durch das IQWiG auf Grundlage eines international einheitlichen Standards erfolgt, wurde für die Kosten-Nutzen-Bewertung vor dem Hintergrund nationalen Rechts eine eigene Methode entwickelt. Sie erfolgt nur, wenn der /Zusatz-)nutzen einer Methode nachgewiesen ist. Dabei definiert das IQWiG eine Effizienzgrenze im Vergleich unterschiedlicher Therapien / Arzneimittel, auf deren Grundlage dann die Festlegung der angemessenen Höchstbeträge erfolgen kann.

Im Juni 2009 hatte der Ausschuss Gelegenheit, sich im Gespräch mit Vertretern dreier Verbände über die **Struktur, Arbeitsweise und strategische Ausrichtung der Krankenkassenverbände nach der Gesundheitsreform** zu informieren. Es wurde deutlich, dass die Verbände bei unterschiedlicher Ausgangslage und Herangehensweise die neuen Herausforderungen erfolgreich angenommen haben.

Der Vorsitzende des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) stellte fest, dass der vdek (ehemals VdAK/AEV), der immer schon vereinsrechtlich organisiert war, nicht von der Notwendigkeit einer Ablösung des Körperschaftsstatus durch eine andere Rechtsform betroffen war und auch die Fusion von VdAK und AEV zum vdek unabhängig von der Organisationsreform im Rahmen des GKV-WSG erfolgt ist. Dennoch war eine neue Selbstdefinition des Verbandes auf Bundesebene erforderlich. In der neuen Aufgabenverteilung bzw. -gewichtung fungiert der vdek als politische und vertragspolitische Vertretung der Ersatzkassen auf Bundesebene und in den Ländern, als Dienstleister für die Mitgliedskassen, als Repräsentanz der Ersatzkassengemeinschaft im GKV-Spitzenverband (GKV-SV), als Beauftragter der Ersatzkassen z.B. im Zulassungsgeschäft oder der Organisation der Selbsthilfeförderung und schließlich organisiert der vdek kasseninterne Hilfen. Die Veränderungen hatten eine Umstrukturierung und Verschlankeung sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene erforderlich gemacht. Die Zusammenarbeit mit dem GKV-SV erfolgt zielorientiert, eine Herausforderung ist hier die angemessene Abbildung des Meinungsspektrums der Ersatzkassen zu wettbewerblichen Themen.

Der stellvertretende Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) stellte fest, dass der AOK-BV seit Juli 2008 in der Rechtsform einer GbR als Koordinierungsstelle und Interessensvertretung seiner Mitglieder fungiert und auch die Finanz- und Wirkungsanalysen des Risikostrukturausgleichs durchführt. Da die Mitgliedskassen nicht untereinander im Wettbewerb stehen, herrscht große Kooperationsbereitschaft und Transparenz. Die Organisationsstruktur des neuen Bundesverbandes ist entsprechend dem Selbstverständnis des AOK-BV als Dienstleister für seine Mitgliedskassen und als strategische Plattform des AOK-Systems ausgestaltet worden: so gibt es nun sechs themenbezogene Geschäftsführungseinheiten. Einzelne Leistungsbereiche – wie etwa Softwarelösungen – werden darüber hinaus über AOK-Tochtergesellschaften angeboten. Der AOK-BV arbeitet mit dem GKV-SV im Rahmen verschiedener Gremien zusammen, hat aber sein neues Profil gegenüber dem GKV-SV klar abgegrenzt und besetzt als AOK-Dienstleister die wettbewerblich relevanten Themenfelder.

Der Geschäftsführer der Gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.) interpretierte die aktuellen verbandlichen Veränderungen aufgrund der Gesundheitsreform als Transformationsprozess von Verbandskörperschaften zu Kompetenznetzwerken. Während beim GKV-SV nicht-wettbewerbliche Aufgaben angesiedelt sind, nehmen die neuen Organisationen als Servicepartner der Krankenkassen

## Ausschussarbeit

Dienstleistungs- und Koordinationsaufgaben wahr und beraten darüber hinaus den GKV-SV. Der IKK e.V. wurde im März 2008 als gemeinsame Vertretung der Innungskassen gegründet. Die Kassen arbeiten im IKK e.V. in Facharbeitsgruppen zusammen, wodurch sich Kompetenz und Synergie im Netzwerk verbinden. Ziel ist auch die zügige und bedarfsgerechte Bereitstellung von Informationen. Der IKK e.V. fördert und vertritt die Interessen seiner Mitglieder und fungiert als Schnittstelle zum GKV-SV. Eine Herausforderung ist hier u. a. eine noch klarere Abstimmung der Aufgaben und Kompetenzen.

Im Oktober 2009 stellten der Verbandsdirektor des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg ihre Einschätzungen zum Basistarif der PKV und den Wahlтарifen in der GKV vor.

Der Verbandsdirektor des PKV-Verbandes informierte zunächst über den **Basistarif in der PKV** in seiner dem PKV-System fremden Ausgestaltung. Er war mit dem politischen Ziel eingeführt worden, Nichtversicherten Versicherungsschutz zu bieten, allerdings haben deutschlandweit lediglich ca. 8.600 Betroffene von diesem Angebot Gebrauch gemacht. Auch bereits privat Versicherte (Wechsler) und freiwillig Versicherte in der GKV nehmen die Möglichkeit kaum in Anspruch, da für die Versicherten der Unterschied zwischen Absicherung im GKV-System oder im Basistarif der PKV gering ist. Große Unterschiede zum normalen privaten Versicherungsschutz ergeben sich hingegen hinsichtlich der Vergütung ärztlicher Leistungen. Dr. Leienbach stellte weiter fest, dass mit den Wahl- und Zusatzтарifen in der GKV Möglichkeiten geschaffen wurden, die Charakteristika des PKV-Systems aufweisen. Hier konstatiert die PKV eine Gefährdung der Solidarität und stellt darüber hinaus die Frage nach der kostendeckenden und verlässlichen Kalkulation. Insgesamt sind somit aus Sicht der PKV mit dem Basistarif in der PKV und den Wahlтарifen in der GKV zwei dem jeweiligen System fremde Elemente durch das GKV-WSG eingeführt worden. Beide haben Auswirkungen auf die jeweiligen Versichertengemeinschaften und führen ein Verständnis von Solidarität ein, das in beiden Systemen so nicht angelegt ist.

Für den Vorsitzenden des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg ergänzen **Wahlтарife in der GKV** das Leistungsangebot der GKV in der Höhe, jedoch nicht im Umfang. Herr Jacobs stellte die Angebote der AOK Rheinland/Hamburg und ihre Inanspruchnahme durch die Versicherten im Einzelnen vor. Nach seiner Einschätzung entsprechen diese Angebote dem Wunsch der Versicherten nach gut zugänglichen Lösungen aus einer Hand und das breitere Angebot belebt den Gesundheitsmarkt. Kooperationen zwischen Krankenkassen und PKV zeigen aus seiner Sicht, wie sich die Systeme unter Beibehaltung der Grundstrukturen ergänzen können. Am Beispiel des Zahnersatzes zeigte er auf, wie Grundversorgung und Wahlтарif der AOK und private Zusatzversicherung durch die Kooperationspartner bei der AOK Rheinland/Hamburg als Komplettangebot für die Versicherten konzipiert sind. Insgesamt birgt aus Sicht der AOK Rheinland/Hamburg eine engere Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV in der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeitsbewertung und in der Verbesserung der Ablaufstrukturen im Medizinbetrieb Vorteile im Sinne einer serviceorientierten Anbieterpolitik.

## Ausschussarbeit

31. Oktober 2008, Berlin:

Thema: **Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung**

Dr. Andreas Köhler <i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>  Regina Feldmann <i>Kassenärztliche Vereinigung Thüringen</i>  Dr. Axel Munte <i>Kassenärztliche Vereinigung Bayern</i>	Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung
--	---

19. März 2009, Berlin:

Thema: **Rolle, Struktur und Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Dr. Rainer Hess <i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>	Rolle, Struktur und Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses
Prof. Dr. Peter Sawicki <i>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen</i>	Rolle, Struktur und Arbeitsweise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

05. Juni 2009, Berlin:

Thema: **Die Krankenkassenverbände nach der Gesundheitsreform**

Thomas Ballast <i>Verband der Ersatzkassen e.V.</i>  Jürgen Graalman <i>AOK-Bundesverband</i>  Rolf Stuppardt <i>IKK e.V.</i>	Die Krankenkassenverbände nach der Gesundheitsreform: Präsentation neue Struktur, Arbeitsweise, strategische Ausrichtung
--	--

22. Oktober 2009, Berlin:

Thema: **Basistarif der PKV – Wahltarife in der GKV**

Dr. Volker Leienbach <i>PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.</i>	Basistarif der PKV: Sachstand und Umsetzung
Wilfried Jacobs <i>AOK Rheinland/Hamburg</i>	Wahltarife der GKV

### 2.4 Ausschuss eHealth / Telematik im Gesundheitswesen

Im Jahr 2008/2009 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Dr. Joachim Breuer mit folgenden Themen befasst:

- Akzeptanz telematischer Anwendungen
- Patienten- und Experteninformationssysteme
- Telematik und Pflege

Der GVG-Ausschuss „eHealth / Telematik“ begleitet strategisch den Gesamtprozess des Aufbaus der Telematikplattform, nimmt vorbereitende Aufgaben wahr und organisiert den Austausch der nach dem Gesetz in § 291a SGB V benannten Organisationen und der PKV mit den weiteren relevanten Organisationen im Gesundheitswesen. Seine Aufgabenstellung in der Telematiklandschaft ist, die bewährte Kultur des Konsenses weiter zu pflegen, Ergebnisse in Entscheidungsprozesse einzuspeisen und so zur Akzeptanzbildung gegenüber telematischen Anwendungen beizutragen.

Auch in diesem Jahr stand regelmäßig der Austausch zum aktuellen Stand der Implementierung der Telematik im deutschen Gesundheitswesen und zum Rollout einzelner Anwendungen auf der Tagesordnung. Insbesondere war es ein Anliegen, auch konkrete Entwicklungen der Systemakteure vorzustellen und den Erfahrungsaustausch zu fördern.

So hat sich der Ausschuss im November 2008 mit der **Akzeptanz telematischer Anwendungen** beschäftigt. Unter dem Motto *Nutzen und Akzeptanz der eGK – Was bringt sie den Ärzten?*, stellte ein Vertreter der Bundesärztekammer (BÄK) die zentralen **Anliegen der Ärzteschaft** vor, wie sie auch der 111. Deutsche Ärztetag formuliert hatte. Als Dimensionen der Akzeptanz definierte er Nutzen, Vertraulichkeit, Störungsfreiheit, Kosten. Die Anliegen der Ärzteschaft sind u. a. die Vermeidung zentraler Speichersystematik, die Möglichkeit sicherer Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, die alleinige Kontrolle und Transparenz des Patienten, die Erstellung und Veröffentlichung eines umfassenden Sicherheitsgutachtens oder die vollständige Kostenerstattung an Ärzte und Krankenhäuser.

Für die Zahnärzteschaft stellte eine Vertreterin der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) die elektronische Informations- und Kommunikationsplattform für die Zahnärzteschaft, **ZOD – Zahnärzte Online Deutschland**, vor. ZOD ermöglicht als Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur für die Zahnärzteschaft die sichere Kommunikation mit der KZV und der Teilnehmer untereinander ermöglicht und ist zugleich Plattform für weitere Anwendungen. Die Einführung erfolgte durch die KZVen, die auch finanzielle Anreize für die Beteiligung gesetzt haben. Die Teilnehmerzahlen haben seit Januar 2008 kontinuierlich zugenommen – im November 2008 ca. 4000 Zahnärzte(innen). Eine Weiterentwicklung wird vorbereitet. Als Fazit stellte die Referentin fest, dass Zahnärzte aufgeschlossen gegenüber modernen Informations- und Kommunikationstechnologien sind. Sehr wichtig sind allerdings der Nutzen der jeweiligen Anwendung und die Gestaltung der Anwendung unter Einbeziehung und im Konsens mit den End-Anwendern.

Schließlich hatte der Ausschuss Gelegenheit, sich über eine konkrete telemedizinische Anwendung zu informieren. Der medizinische Projektleiter, HELIOS Klinikum Aue /

## Ausschussarbeit

Technische Universität Dresden, stellte das **HELIOS NEURONET** vor. Die telemedizinische Anwendung *Neuronet* ist von Ärzten entwickelt worden und ermöglicht, dass Schlaganfallpatienten auch „aus der Entfernung“ professionell behandelt werden. Dies ist bei Schlaganfall von großer Bedeutung, da eine schnelle und umfassende Diagnostik und Behandlung für den weiteren Verlauf entscheidend ist. Fragen der Vergütung dieses Modells konnten durch eine frühzeitige Einbindung der Kostenträger geklärt werden. Ziel ist es, das Modell für eine flächendeckende Implementierung zu Verfügung zu stellen.

Im April 2009 hat sich der Ausschuss mit den Themen **Patienten- und Experteninformationssysteme** befasst: Im Kern ging es darum, die Leistungsfähigkeit von Patienten- und Experteninformationssysteme aufzuzeigen und darzustellen, wie sie Behandler und Patient(in) in einem umfassenden Versorgungsprozess unterstützen können.

Ein Vertreter des Aktionsforums Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. stellte die Entwicklung und die damit verbundenen Risiken von **Online-Gesundheitservices** vor. Er zeigte auf, welche Möglichkeiten der **Sicherung der Informations-/Servicequalität** bestehen und wie in Deutschland durch afgis und auf europäischer Ebene Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen werden.

Eine Vertreterin der Techniker Krankenkasse (TK) stellte die **Patienteninformationssysteme der TK** vor. Sie umfassen Printmaterialien, einen elektronischen Patientendialog, das TK-Ärztezentrum mit Telefon und Faxkontaktmöglichkeit für Versicherte, Ärzte(innen) und TK-Mitarbeiter(innen) sowie den TK-Klinikführer. Der webbasierte Online-Service *Patientendialog* ist als interaktive Entscheidungshilfe seit Juni 2007 zu den Themen *Depressionen* und *akuter Rückenschmerz* online mit dem Ziel, objektive Information zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu geben. Der TK-Klinikführer bietet elektronischen Zugang zu einer Qualitätsdatenbank Krankenhäuser.

Der Leiter des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hob die Bedeutung von Wissensmanagement für die medizinische Versorgung hervor und stellte die Plattform [www.arztbibliothek.de](http://www.arztbibliothek.de) vor, mit der die KBV in Zusammenarbeit mit der BÄK seit Sommer 2009 medizinisches Wissen gezielter verfügbar macht und somit Entscheidungshilfe bietet. Die Arztbibliothek umfasst Informationen zu Leitlinien, Indikatoren, Praxishilfen, Cochrane, Open-Access-Literatur, ständiger medizinischer Weiterbildung (CME), Arzneimittel-Infos und Critical Incident Reporting System (CIRS). Zugleich verdeutlichte Prof. Ollenschläger, dass Patienten- und Experten-Informationssysteme zwei Seiten einer (Behandlungs)Medaille sind – gerade auch im Zusammenhang mit gemeinsamer Entscheidungsfindung von Behandlern und Patienten und der wachsenden Bedeutung des Internets für die Information der Patient(inn)en. [www.arztbibliothek.de](http://www.arztbibliothek.de) ergänzt somit den Online-Service [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) der BÄK und der KBV.

Schließlich stellte ein Mitglied des Vorstandes des Bündler Ärztenetzes „Medizin und Mehr“ (MuM) ein **Patienteninformationssystem** vor, das in den einzelnen Praxen des Ärztenetzes zu medizinischen und anderen Themen informiert.

In der Septembersitzung zum Thema **Telematik und Pflege** trugen der Deutsche Pflegerat, der Niedersächsische Forschungsverband „Gestaltung altersgerechter Lebenswelten“ sowie die Forschungsabteilung Medizinische Informatik der Georg-August-Universität in Göttingen vor. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass im Gesundheitsbereich eine Vielzahl neuer Optionen und Gestaltungsräume in den letzten Jahren

## Ausschussarbeit

entstanden sind, die ihren Beitrag zur Fortentwicklung und weiteren Optimierung des Versorgungsniveaus in Deutschland beisteuern können.

Der Vertreter des Deutschen Pflegerates informierte, dass in der **Pflegedokumentation** derzeit die Mehrheit der Kliniken noch hauseigene Informationssysteme (KIS) nutzen. Dies führt zu einer uneinheitlichen Dokumentation. Solche hauseigenen Systeme sind in der Regel auch nicht miteinander kompatibel, was die Zusammenführung oder den Transfer von Daten erschwert und das Risiko des Verlustes wesentlicher Informationen birgt. Inzwischen findet jedoch der Ansatz einer strukturierten Erfassung von Pflegedaten zunehmend Akzeptanz. 2007 haben sich bereits 40 % der Kliniken für eine Vereinheitlichung von Form und Pflegesprache ausgesprochen. Neuere Informationssysteme weisen auch große Verbesserungen hinsichtlich Struktur, Inhalten und Vereinheitlichung der Pflegedokumentation auf. Ein elektronischer Pflegebericht hat das Potential, die Kooperation von Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Er entspricht in seinem Aufbau dem eArztbrief und wurde in einem Feldversuch getestet. Für die Zukunft strebt der Pflegerat als Verlegungs- bzw. Entlassdokument ein gemeinsames Dokument an, das ePflegebericht und eArztbrief in sich vereint.

Ein Wissenschaftler des Niedersächsischen Forschungsverbandes „Gestaltung altersgerechter Lebenswelten“ analysierte die Bedeutung und das Nutzungsverhalten hinsichtlich **assistierender Technologien in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung**. Er legte dar, wie auf der individuellen Ebene der Einsatz technischer Assistenzsysteme von der Bereitschaft und Möglichkeit einer Person oder einer Institution abhängt, die Technik zu kaufen. Auf der Makroebene sind die potentiellen gesamtwirtschaftlichen Wirkungen des Einsatzes von technischen Assistenzsystemen von besonderem Interesse, da ein gesundes Altern auch Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum hat. Darüber hinaus müssen beim Einsatz assistierender Technologien zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auch das unmittelbare soziale Umfeld sowie das lokale und regionale Umfeld einer Person einbezogen werden. Generell stellte Prof. Fachinger zum Zusammenhang von Alter und Technikeinsatz weiteren Forschungsbedarf fest.

Auch der Vertreter der Forschungsabteilung Medizinische Informatik der Universität Göttingen erläuterte die zunehmende Bedeutung der Nutzung von **Informations- und Kommunikationstechnologien für eine bessere Versorgung im Alter**. Auch er stellte weiteren Forschungsbedarf fest: Fragen der künftigen Infrastruktur sind in der medizinischen Informatik ebenso zu klären wie Fragen der Versorgung und des Wissensmanagements.

12. November 2008, Berlin:

Themen: **Der Beitrag von Nutzen und Freiwilligkeit zur Akzeptanz telematischer Anwendungen** und **Helios Neuronet**

Dr. Philipp Stachwitz <i>Bundesärztekammer</i>	Nutzen und Akzeptanz der eGK – Was bringt sie den Ärzten?
Irmgard Düster <i>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung</i>	ZOD – Zahnärzte online Deutschland: Die elektronische Informations- und Kommunikationsplattform für die Zahnärzteschaft
Dr. Guntram Ickenstein <i>Helios Klinikum Aue</i>	Helios Neuronet – Der stationäre Sektor verändert sich: IT professionalisiert den Versorgungsalltag

## Ausschussarbeit

27. April 2009, Siegburg:

Thema: **Patienten- und Experteninformationssysteme**

Dr. Stephan Schug <i>Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V.</i>	Vertrauenswürdige Gesundheitsportale und Gesundheitservices im Internet: Von der Information zur Interaktion
Dr. Susanne Klein <i>Techniker Krankenkasse</i>	Der mündige Patient, die mündige Patientin – Notwendigkeit und Nutzen von Patienteninformationssysteme
Prof. Dr. Günter Ollenschläger <i>Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin</i>	Vorstellungen der Ärzteschaft zu Experteninformationssystemen und Entscheidungshilfen für Patienten
Dr. Hans-Jürgen Beckmann <i>ärztlicher Vorstand des Bündler Ärztetzes „MuM“ und Geschäftsführer der Firma La-Well</i>	Flächendeckende Nutzung des „La-Well“ Patienteninformationssystems zum Vorteil von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie Kostenträgern – Ein Praxisbeispiel des Ärztenetzes „Medizin und Mehr (MuM)“, Bünde

03. September 2009, Berlin:

Thema: **Telematik und Pflege**

Stefan Hieber <i>Deutscher Pflegerat</i>	Anforderungen and die Telematik: Pflegebedarf im 21. Jahrhundert
Prof. Dr.Uwe Fachinger <i>Niedersächsischer Forschungsverbund „Gestaltung altersgerechter Lebenswelten“</i>	Alter und Technikeinsatz
Murat Gök <i>Georg-August-Universität Göttingen</i>	Versorgungsformen im 21. Jahrhundert: Der Beitrag von eHealth/Informations- und Kommunikationstechnologien für eine bessere Versorgung im Alter

In engem Zusammenhang zu den Aktivitäten des Ausschusses beteiligte sich die GVG darüber hinaus regelmäßig an der Arbeit des **Beirates der Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte (gematik)** mbH und begleitete dort gemäß der Aufgabenstellung ihres Ausschusses eHealth / Telematik konstruktiv die Arbeiten zur Umsetzung der Gesundheits-Telematik-Plattform.

Am 03. und 04. September 2009 fand in Zusammenarbeit mit dem bosnischen Gesundheitsministerium und mit finanzieller Unterstützung der EU-Kommission in Sarajevo die erste **Southeast European eHealth Networking Conference** statt. Sie geht zurück auf Initiative der GVG mit dem Ziel, die Staaten in ihren eHealth-Initiativen durch Zusammenarbeit und Austausch zu unterstützen. 13 Länder haben ihre Vertreter(innen) zur Konferenz entsandt, die sehr erfolgreich verlaufen ist. Alle Beteiligten und die Europäische Kommission sind sich einig, dass das Netzwerk ausgebaut werden soll.

## Ausschussarbeit

Vom 14. bis 15. September 2010 findet in Hannover die **eHealth Conference 2010** unter dem Motto *Telematik bringt mehrWERT* statt. Diese sechste eHealth Konferenz wird derzeit gemeinsam von den Trägern, dem BMG, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS NDS) und der GVG, vorbereitet. Das Gastgeberland Niedersachsen nimmt 2010 den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz wahr und repräsentiert so zugleich alle Bundesländer.

### ***eHealth Conference 2010 – 14. bis 15. September 2010, Hannover Congress Centrum***

Die eHealth Conference 2010 wird Zwischenbilanz auf dem Weg zur Implementierung flächendeckender Anwendungen der Gesundheitstelematik in Deutschland sein und mit einem Ausblick auf die nächsten vor uns liegenden Implementierungsschritte und die so genannten Mehrwertanwendungen verbunden werden.

Ziel der eHealth Conference 2010 ist es demnach, sinnvolle (Mehrwert-)Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnik im Gesundheitswesen zu fördern. Insofern werden die Trägerorganisationen des deutschen Gesundheitssystems in ihrem Bemühen, Qualität, Effizienz und Akzeptanz der Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern, unterstützt.

An Tag eins des Kongresses werden neben Grundsatzbeiträgen von Politik und Selbstverwaltung hochrangig besetzte Diskussionen mit Vertretern aus Wissenschaft, Industrie und Patientenseite stattfinden.

An Tag zwei wird es in drei parallelen Themensträngen darum gehen, Mehrwertanwendungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln vorzustellen und zu diskutieren. Auch internationale Beispiele werden in die Konferenz integriert. Ausgewählte Präsentationen zeigen, wie patienten- und bürgerbezogene Anwendungen nützlicher Technik in unterschiedlichsten Lebensbereichen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen können.

In einer parallel stattfindenden Projektausstellung werden Anwendungen „zum Anfassen“ vorgestellt, aus dem Gastgeberland Niedersachsen ebenso wie aus anderen Teilen Deutschlands. Gemein ist diesen Projekten ihr Potential zur flächendeckenden und sektorübergreifenden Implementierung.

Das Konzept einer Zwei-Tagesveranstaltung, die deutsche und internationale Entwicklungen integriert und unter Beteiligung aller Akteure aus Bund, Ländern, Selbstverwaltungsorganisationen, Privater Krankenversicherung, Industrie und Wissenschaft politische Perspektive und konkrete Umsetzung verbindet, wird auch 2010 fortgesetzt.

Mit ihren Telematik-Konferenzen und Kongressen hat die GVG die für den Erfolg des Gesamtprojektes notwendige Kommunikationsplattform etabliert und die zwingend notwendige Akzeptanz bei allen Beteiligten befördert. Zu allen relevanten Veranstaltungen liegen Veröffentlichungen vor, die den jeweiligen Stand der Diskussion dokumentieren.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wesentlich sind die Publikationen mit den Bandnummern 35, 38, 45, 46, 51, 52, 56, 57, 58, 62 und 63 der GVG-Schriftenreihe sowie der GVG-Informationsdienst ID 289.

### 2.5 Ausschuss Pflege / Rehabilitation

Im Jahr 2008/2009 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Herbert Rebscher mit folgenden Themen befasst:

- Akzeptanz der Rehabilitation
- Stand und Perspektiven der Rehabilitation
- Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtung
- 1 Jahr Pflegeweiterentwicklungsgesetz – eine Zwischenbilanz

Im November 2008 hat sich der Ausschuss mit Fragen der **Rehabilitation aus Perspektive von Arbeitgebern, Patientinnen und Patienten und aus betriebsärztlicher Sicht** beschäftigt.

Der Leiter Personalmanagement der Phoenix Contact GmbH & Co.KG zeigte beispielhaft auf, welche Möglichkeiten Unternehmen im **betrieblichen Gesundheitsmanagement** verwirklichen. Er machte deutlich, dass für das Unternehmen, das ca. 10.000 Mitarbeiter(innen) im In- und Ausland beschäftigt, die Mitarbeiter(innen) das wichtigste Kapital sind. Deshalb engagiert sich der Betrieb auch stark im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dieses stützt sich auf die Prävention und die Wiedereingliederung: Zur Gewährleistung der Prävention hat das Unternehmen ein betriebseigenes Gesundheitszentrum gegründet, in dem ein trainingsorientiertes Präventivkonzept verfolgt wird. Zur Wiedereingliederung hat der Betrieb ein Programm entwickelt, das sich an den Bedingungen des Arbeitsplatzes orientiert, um die Mitarbeiter(innen) gezielt wieder zu integrieren und die volle Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Im Rahmen dieses Programms konnten 84 % der erkrankten Mitarbeiter(innen) erfolgreich wieder eingegliedert werden.

Der Vertreter der B.A.D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik (BAD) GmbH bezeichnete **Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht** als „verbesserungswürdiges Erfolgsmodell“. So wird Rehabilitation von den Betriebsärzten generell sehr positiv beurteilt und es gibt sehr gute Ansätze, die weiterentwickelt werden sollten. So stellte er für die berufliche Rehabilitation seit einigen Jahren einen neuen Stellenwert fest – eine Möglichkeit, die genutzt und für die geworben werden muss. Generell sollte die Beantragung von Rehabilitationsleistungen verstärkt mit Arbeitsplatzbezug erfolgen und die Rehabilitation unter Kenntnis der Arbeitsplätze durchgeführt werden. Er forderte auch dazu auf, verstärkt auch Kleinbetriebe zu erreichen und die Verzahnung der Akteure (Hausärzten, Rehabilitationseinrichtungen, weitere Leistungsträgern, Unternehmen und Betriebsärzten) zu stärken. Als Beispiel für einen guten Ansatz präsentierte Dr. Müller-Sacks *Web-Reha*, ein Modell arbeitsplatzbezogener Rehabilitation in Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten.

Ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen / Patientenstelle Bielefeld berichtete aus der praktischen Arbeit über die **Rehabilitation aus Sicht von Patienten und Patientinnen**. Er berichtete, dass Patient(inn)en Rehabilitation prinzipiell positiv beurteilen, sich aber dennoch teilweise gegen eine Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen entscheiden, weil sie den Verlust des Arbeitsplatzes befürchten. Ferner wenden sich Patient(inn)en häufig mit der Bitte um Unterstützung bei der Antragstellung an die Beratungsstellen. Auch besteht Beratungsbedarf hinsichtlich der Beurteilung, welche Häuser die für ihren spezifischen Bedarf passenden Angebote bieten und in Anspruch genommen werden können. Der Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen ist aus Patientensicht davon abhängig, um welche Maßnahme es sich im Einzelnen handelt. Teilweise verstehen die Patient(inn)en auch nicht, weshalb und wann bestimmte

## Ausschussarbeit

Leistungen erbracht werden. Hier wie auch hinsichtlich der medizinischen Begutachtung regte der Referent verstärkte Information der Patienten und stärkere Beteiligung an.

Der Ausschuss fasste den Beschluss, aus dem Ausschuss eine Arbeitsgruppe zu bilden, die auf Grundlage der Sitzungsergebnisse Erkenntnisse und Erfahrungen zum Thema weiter ausarbeitet (s. u.).

Im Mai 2009 ging es im Ausschuss um die Weiterentwicklung der Pflege – insbesondere um den **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit**. Dies war zentrales Thema einer Stellungnahme gewesen, die der Ausschuss schon im Jahr 2003 veröffentlicht hatte.<sup>2</sup> Der Vorschlag des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde deshalb im Ausschuss begrüßt. Zugleich wurde festgestellt, dass für die Akzeptanz eine breitere gesellschaftliche Diskussion geführt werden muss.

Der Vorsitzende des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellte das Vorgehen und die aktuellen **Ergebnisse des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs** vor. Der Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs war vom BMG beauftragt worden, Grundlagen für die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit verbundene Begutachtungsverfahren zu erarbeiten. Des Weiteren sollten die finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und andere Sozialleistungsbereiche geklärt werden. Der vom Beirat vorgeschlagene ganzheitliche Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst auch psychische und kognitive Einschränkungen und stellt somit eine Abkehr von der bisherigen Fokussierung auf Tätigkeiten des täglichen Lebens dar. Da der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit alle körperlichen, geistigen bzw. psychischen Einschränkungen erfasst, ist auch ein neues Instrument zur Erfassung von Pflegebedürftigkeit notwendig. Das vorgeschlagene neue *Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit* (NBA) berücksichtigt alle wesentlichen Aspekte der Pflegebedürftigkeit und ermöglicht eine Einordnung in fünf Bedarfsgrade der Pflegebedürftigkeit. Anstelle des zurzeit noch gebrauchten Maßstabes der *Pflegezeit* verwendet das NBA den Maßstab *Selbstständigkeit*. Auf Grundlage dieser Arbeiten des Beirates sowie der Umsetzungsstudie, die die Auswirkungen der neuen Instrumente in unterschiedlichen Szenarien überprüft, hat die Politik bei der Festlegung der Schwellenwerte, der Gewichtung der Module sowie der jeweiligen Leistungen in den Bedarfsgraden erheblichen Gestaltungsspielraum.

Ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe / Kommunalen Sozialverband Mecklenburg Vorpommern analysierte anschließend die **Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Sozialhilfeträger**. Er stellte fest, dass der neue ganzheitliche Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht nur begrifflich, sondern auch inhaltlich dem generellen Ansatz der Sozialhilfeträger nahe steht. Ebenfalls gibt es eine hohe Übereinstimmung der Bedarfsermittlungsverfahren im Zusammenhang mit dem SGB XII mit den Modulen des NBA. Er begrüßte die Entscheidung, den Pflegebedürftigkeitsbegriff künftig teilhabeorientiert auszugestalten und kritisierte zugleich den Ausbau der Pflege als Teilleistungssystem, das immer wieder durch Sozialhilfe ergänzt werden muss. Für das NBA stellte der Referent Ergänzungsbedarf hinsichtlich der Berücksichtigung einer bedarfsdeckenden Eingliederungshilfe fest. Bei dauerhafter Parallelität des SGB XI neben dem SGB XII konstatierte er die Notwendigkeit, den Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI und den Eingliederungshilfebegriff im SGB XII nachvollziehbar abzugrenzen. Ferner benannte er weiteren Klärungsbedarf in Bezug auf §§ 45b und 87b SGB XI sowie hinsichtlich § 71 Abs. 4 SGB XI.

<sup>2</sup> GVG-Informationsdienst ID 295 „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“

## Ausschussarbeit

Aus **Sicht der gesetzlichen Pflegeversicherung** erläuterte der Vertreter des vdek die Bedeutung einer breiten gesellschaftlichen Diskussion und der Klärung der Auswirkungen auf andere Systeme, insbesondere die Abgrenzung zur Krankenversicherung, zur Rehabilitation und zur Eingliederungshilfe.

Im Juni 2009 zog der Ausschuss **Zwischenbilanz nach einem Jahr Pflegeweiterentwicklungsgesetz** hinsichtlich der Pflegeberatung und der Qualitätssicherung in der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung.

Die verantwortliche Abteilungsleiterin des GKV-Spitzenverbandes informierte über den **Stand der Umsetzung der Aufgaben aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG)** vom 01.07.2008. Das PFWG sieht den Aufbau von Pflegestützpunkten und den Ausbau der Pflegeberatung vor. Im Juni 2009 lagen in nahezu allen Bundesländern Allgemeinverfügungen vor, in einigen Bundesländern gab es schon konkrete Vereinbarungen bzw. hatten einige Stützpunkte bereits die Arbeit aufgenommen. Für die Pflegeberatung wurden Empfehlungen erarbeitet und Beratungspersonal geschult. Für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sieht das PFWG zusätzliche Betreuungsleistungen und Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen vor. Zwischen Juli 2008 und März 2009 wurden in diesem Zusammenhang etwa 800.000 Pflegegutachten erstellt. In den vollstationären Pflegeeinrichtungen wird zusätzliches Personal eingestellt, um die Betreuung für diese Zielgruppe zu verbessern. Hierfür waren im Sommer 2009 Verfahren entwickelt, Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt und Verträge ausgehandelt. In ca. 4.200 Pflegeheimen gab es zu diesem Zeitpunkt Vergütungszuschläge für das Personal und zusätzliche Betreuungskräfte waren eingestellt worden. Die Referentin informierte weiter, dass aktuell in Zusammenarbeit mit MDS, PKV und anderen Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in Erarbeitung waren. Darüber hinaus sollten Expertenstandards und eine Schiedsstelle sowie Transparenzvereinbarungen die Erreichung der angestrebten Ziele unterstützen. Zusammenfassend stellte Dr. Kücking fest, dass die meisten Ziele aus dem PFWG erreicht oder auf einem guten Weg seien und durch das Gesetz die Situation pflegebedürftiger Menschen durch das Gesetz deutlich verbessert wird.

Der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erläuterte zunächst die neuen **Qualitätsprüfungs-Richtlinien** sowie die **Neuregelungen zur Transparenz**. Im Rahmen der MDK Qualitätsprüfung sind bis zum 31.12.2010 alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland durch den MDK zu prüfen, ab 2011 sind jährliche Prüfungen aller Einrichtungen vorgesehen. Darüber hinaus gibt es Anlass- und Wiederholungsprüfungen. Die Qualitätsprüfungen erfolgen künftig grundsätzlich unangemeldet. Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen fokussieren auf die Ergebnisqualität. Neu ist die Prüfung einer Zufallsstichprobe entsprechend der Bewohnerstruktur nach Pflegestufen, die im Einzelfall erweitert werden kann. Entsprechend des MDK Prüfkatalogs wird ferner erfasst, ob die Einrichtungen die neu entwickelten Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege nutzen, wie gut das Personal auf bestimmte Problemfelder geschult ist und wie die Beratungsleistungen ambulanter Pflegedienststellen erfolgen. Neu an den Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist auch die Verdichtung der Transparenzkriterien in Form einer summarischen Bewertung. Dabei erfährt die Bewertung der Pflegequalität durch die Gewichtung der Kriterien eine besondere Betonung. Eine konkrete Prüfung aller Pflegedienste in Mülheim an der Ruhr durch die Stiftung Warentest in Kooperation mit dem MDK Nordrhein/MDS hatte aktuell gezeigt, dass die

## Ausschussarbeit

überwiegende Zahl der Dienste gut und sehr gut arbeiten. Dennoch wurde auch Verbesserungsbedarf festgestellt. Die neuen Qualitäts-Prüfungsrichtlinien sowie die Transparenzberichte sind hier aus Sicht des MDS geeignete Instrumente.

Die Geschäftsführerin der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH stellte anschließend das Konzept und die Umsetzung der **Pflegeberatung in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)** vor. In der PPV wird die Pflegeberatung aufsuchend organisiert. Mit der Gründung eines unabhängigen Unternehmens, der COMPASS GmbH als Tochter des PKV-Verbandes, steht ein abgestimmtes Angebot aller Mitgliedsunternehmen der PKV mit Zentrale in Köln und derzeit 10 Regionalbüros zur Verfügung. Als Berater(innen) sind häufig Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter(innen) tätig, denen in einer sechswöchigen Schulung die Grundlagen für die Pflegeberatung vermittelt werden. Diese Schulung wird durch weitere Qualifizierungsmaßnahmen ergänzt. Das Beratungsangebot steht pflege- und hilfsbedürftigen Personen sowie deren Angehörigen, Betreuungspersonen und allgemein Ratsuchenden zur Verfügung. Die Beratung erfolgt klientenzentriert sowohl am Telefon als auch in der Fläche vor Ort. Frau Beikirch hob auch die Bedeutung von Care-Management hervor mit dem Potential, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu verbessern und gleichzeitig die Leistungsausgaben zu reduzieren. Wichtige Voraussetzung für gutes Care-Management ist die Vernetzung der Pflegeberater(innen) in den Regionen. Abschließend stellte sie fest, dass COMPASS mit seiner konzeptionellen und organisatorischen Ausrichtung und der Entwicklung von standardisierten Instrumenten für die Pflegeberatung zur Verbesserung der Qualität in der Pflege beiträgt und einen Beitrag zur strukturellen Weiterentwicklung des Systems leistet.

Ein Vertreter des PKV-Verbandes erläuterte weitere Fragen der **Qualitätssicherung aus Sicht der PKV**. Expertenstandards, verbessertes internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung sollen die Qualität in der Pflege sicherstellen. Hinsichtlich der Expertenstandards ist festgelegt, dass die PKV 10 % der Kosten für deren Entwicklung und Aktualisierung tragen soll. Dabei hat sie jedoch nur Vorschlagsrecht und keine Mitentscheidungsbefugnis. Hier setzt sich die PKV für eine stärkere Repräsentation im Verfahren ein. Grundsätzlich sieht der Gesetzgeber vor, dass sich die PKV an Qualitätsprüfungen der GKV und des MDK finanziell oder persönlich beteiligt. Die PKV hat sich für eine persönliche Beteiligung an der Qualitätssicherung entschieden: ab 2011 sind jährlich 22.000 Pflegeeinrichtungen zu prüfen, wobei die PKV entsprechend ihrem Marktanteil 10 % der Gutachter stellen will. Herr Besche berichtete weiter, dass seitens der PKV die Gründung eines *Zentrums für Qualität in der Pflege* geplant ist. Es soll als unabhängiges Forum Standards für die Qualitätsentwicklung in der Pflege erarbeiten, wie es seit langem von der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung gefordert wird. Auch damit will die PKV wesentlich zur Qualitätssicherung in der Pflege beitragen.

20. November 2008, Berlin:

Thema: **Akzeptanz der Rehabilitation**

Bernd Richter <i>Phoenix Contact GmbH &amp; Co.KG</i>	Rehabilitation aus Sicht eines Arbeitgebers
Dr. Eckhard Müller-Sacks <i>B.A.D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik (BAD) GmbH</i>	Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht
Günther Hölling <i>Gesundheitsladen Bielefeld e.V.</i>	Rehabilitation aus Sicht von Patientinnen und Patienten

## Ausschussarbeit

08. Mai 2009, Berlin:

Thema: *Weiterentwicklung der Pflege: Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtung*

Dr. h.c. Jürgen Gohde <i>Kuratorium Deutsche Altershilfe</i>	Vorgehen und Ergebnisse des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs
Jörg Rabe <i>Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern</i>	Auswirkungen und Umsetzung aus Sicht der Sozialhilfeträger
Paul Jürgen Schiffer <i>Verband der Ersatzkassen e.V.</i>	Auswirkungen und Umsetzung aus Sicht der gesetzlichen Pflegeversicherung

26. Juni 2009, Berlin:

Thema: *1 Jahr Pflegeweiterentwicklungsgesetz – eine Zwischenbilanz*

Dr. Monika Kücking <i>GKV-Spitzenverband</i>	1 Jahr Pflegeweiterentwicklungsgesetz – wo stehen wir heute?
Dr. Peter Pick <i>Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen</i>	Qualität und Transparenz
Elisabeth Beikirch <i>COMPASS Private Pflegeberatung GmbH</i>	Konzept und Umsetzung der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) in der privaten Pflegeversicherung (PPV)
Andreas Besche <i>PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.</i>	Pflegequalität und Qualitätssicherung in der Pflege (SGB XI) – aus Sicht der PKV

### Arbeitsgruppe „Pflege/Rehabilitation“

Im November 2008 hat der Ausschuss beschlossen, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die Erkenntnisse und Erfahrungen zum Thema *Stand und Perspektiven der Rehabilitation* weiter ausarbeitet. Die Arbeitsgruppe „Rehabilitation“ hat sich im Jahr 2009 bislang viermal getroffen, um die Veröffentlichung *Stand und Perspektive der Rehabilitation* zu erarbeiten. Ziel der Veröffentlichung ist es, Wissensdefizite zu beseitigen und Zusammenhänge zu verdeutlichen und für die Praxis zugänglich zu machen. Sie stellt das Thema übergreifend und systematisch auf Grundlage der Expertise und der Erfahrungen der in der GVG vertretenen unterschiedlichen Institutionen (und der Patient(inn)en) dar. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der medizinischen Rehabilitation mit Verweisen auf Schnittstellen zu beruflicher und sozialer Rehabilitation und das Eingliederungsmanagement. Themenschwerpunkte sind:

- o Rehabilitation in allen Lebenslagen
- o Rehabilitation im gegliederten System der sozialen Sicherung
- o Zugang zur Rehabilitation
- o Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- o Nutzen der Rehabilitation
- o Rehabilitation Herausforderungen und Perspektiven

### **3. gesundheitsziele.de**

Seit Dezember 2000 haben sich auf Initiative des Bundes und der Länder die für das pluralistische Gesundheitswesen in Deutschland verantwortlichen Akteure im Forum *gesundheitsziele.de* zusammengefunden. Entstanden aus dem GVG-Ausschuss *Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen* unter Vorsitz von Dr. Rainer Hess wurden im Forum *gesundheitsziele.de* seither gemeinsam konzeptionelle Grundlagen für die Gestaltung des Gesundheitszieleprozesses sowie sechs nationale Gesundheitsziele entwickelt.

Der nationale Gesundheitszieleprozess bildet die diskursive Klammer für Zieleprozesse im korporatistischen und föderalen System. Er ist Plattform für diese Prozesse und legt Konzepte vor, die für andere Akteure nutzbar und anschlussfähig sind. Die Partner im Gesundheitszieleprozess nutzen diese Plattform, um ihre Aktivitäten an gemeinsamen Zielen zu orientieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) sind Partner in diesem Prozess und tragen ihn gemeinsam mit allen anderen Akteuren.

Neben dem inhaltlichen Engagement einer Vielzahl von Akteuren sicherten die folgenden Verbände in den vergangenen drei Jahren die finanzielle Basis:

- Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Bundesärztekammer
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.
- Bundesverband Medizintechnologie e.V.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Nachdem das BMG den Gesundheitszieleprozess von 2000 – 2006 im vollen Umfang finanziert hat, unterstützt es *gesundheitsziele.de* seit 2007 neben der inhaltlichen Mitwirkung durch die Finanzierung konkreter Projekte.

#### **Neues Gesundheitsziel *Gesund älter werden***

Im Jahr 2009 wählte der Kooperationsverbund ein neues Zielthema aus, das als nationales Gesundheitsziel entwickelt werden soll. Der Auswahl eines neuen Gesundheitsziels liegt die Analyse von zehn Kriterien zugrunde. Neben z.B. Krankheitslast, Verbesserungspotential und ethischen Aspekte ist die *Machbarkeit* zentrales Kriterium bei der Auswahl eines Zielthemas. Sie bezieht sich auf die beiden Dimensionen: *Instrumente/Verfahren* und *Beteiligung der Akteure*. Während die übrigen Kriterien sich meist aus anderen Datenquellen speisen, wird die Machbarkeit bei den Akteuren im Kooperationsverbund erfragt. Dieser Prozess mündete in die Auswahl des neuen nationalen Gesundheitsziels *Gesund älter werden*. Nicht nur zeigte die Analyse eine hohe Public-Health-Relevanz, sondern eine besonders hohe Bereitschaft und Interesse der beteiligten Akteure an diesem Thema. Die zur inhaltlichen Entwicklung des Ziels eingerichtete Arbeitsgruppe 10 nahm im April 2009 ihre Arbeit auf. Seither erarbeitet sie unter Vorsitz von Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) / Ministerialdirektor im Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) a. D.) als zweites bevölkerungsgruppenspezifisches Ziel zur Gesundheit der Menschen ab dem Lebensalter von 65 Jahren. Die AG steht noch am Anfang der Konkretisierung des Ziels,

gleichwohl haben sich zentrale Handlungsfelder herauskristallisiert, die einen Bogen von Prävention, Qualität der Versorgung und Pflege, über Krankheitslast im Alter hin zur subjektiven Gesundheit, Lebensqualität, Teilhabe spannen.

**Aktualisierung der Gesundheitsziele *Tabakkonsum reduzieren, Gesund aufwachsen, Brustkrebs und Patient(inn)ensouveränität***

Bereits im letzten Jahr wurde mit der Aktualisierung vorliegender Gesundheitsziele begonnen. Die in einigen Bereichen verbesserte Daten- und Erkenntnislage sowie die zahlreichen, seit Vorlage der Zielkonzepte im Jahr 2003 erfolgten Interventionen waren Anlass und Ausgangspunkt für die Nachsteuerung der Gesundheitsziele *Gesund aufwachsen, Tabakkonsum reduzieren, Brustkrebs und Patient(inn)ensouveränität*.

Für das Gesundheitsziel *Tabakkonsum reduzieren* lag ein Evaluationskonzept für die Basismaßnahmen vor und eine zuverlässige wissenschaftliche Evaluation des Gesundheitsziels ermöglichte. Die Evaluation zeigt, dass zwar viele Interventionen erfolgt sind und Teilziele wie die Reduzierung der Raucherprävalenzen bei den Jugendlichen erreicht werden konnten, aber dennoch weiterhin großer Handlungsbedarf in der Tabakprävention insgesamt besteht. Um diesen angemessen aufzugreifen, wird die Arbeitsgruppe 6 ab Oktober 2009 ihre Arbeit wiederaufnehmen, um das Zielkonzept zu aktualisieren und insbesondere für die Umsetzung von Maßnahmen neue Akzente zu setzen.

Das Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen* wurde in seiner Zielerreichung mittels externer Expertisen und im Austausch der Expert(inn)en abgebildet. Bei der inhaltlichen Überarbeitung wurde am bewährten Settingansatz festgehalten, das bisherige Handlungsfeld *Stressbewältigung* jedoch durch das modernere und umfassendere Konzept der *Lebenskompetenz* ersetzt. Insbesondere die Teilziele und (Starter-)Maßnahmen wurden grundlegend überarbeitet, um die jüngsten Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung angemessen berücksichtigen zu können. So wurden Ziele formuliert, die besonders belastete Gruppen (sozial Benachteiligte und Familien mit Migrationshintergrund) stärker unterstützen sollen.

Auch im Handlungsfeld *Brustkrebs* sind in den letzten Jahren v. a. strukturelle Maßnahmen (Krebsregister, DMP, Mammographie-Screening) erfolgt, die Teile des Zielkatalogs von *gesundheitsziele.de* waren. Somit können einige Teilziele als erreicht angesehen werden. Die Entwicklungen der letzten Jahre wurden flankiert von einer stärkeren Diskussion der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen. Derzeit diskutiert die Arbeitsgruppe 5, wie Lebensqualität als Outcomeparameter neben Mortalität definiert werden kann und welche Konsequenzen für die Versorgung daraus gezogen werden müssen. Die Abbildung des Zielerreichungsgrades erfolgt zum einen im Austausch der Expert(inn)en und zum anderen im Rahmen einer Projektarbeit an der Universität Köln, Studiengang Gesundheitsökonomie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie. Im Mittelpunkt des Evaluationsvorhabens steht der Teilbereich der Startermaßnahmen, der sich auf qualitativ hochwertige, evidenzbasierte, neutrale Information für Brustkrebspatientinnen bezieht. Die Projektarbeit hat im September begonnen und soll bis zum Jahresende abgeschlossen sein.

Auch die Arbeitsgruppe 8, die das Gesundheitsziel *Patient(inn)ensouveränität* erarbeitet hat, nahm in diesem Jahr ihre Arbeit wieder auf. Die AG bearbeitet derzeit zwei Themen: Definition des Begriffs der Unabhängigkeit sowie Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Informationen. Letzteres erfolgte insbesondere auf Anregung der Geschäftsstelle. Dort gingen in den letzten Jahren zunehmend Anträge für die Nutzung des Logos von *gesundheitsziele.de* ein, die zwar formal den Vergabekriterien genügen, die jedoch nicht kompatibel mit den Anforderungen dieses Gesundheitsziels sind.

### **Bilanzierung des Gesamtprozesses**

Gesundheitsziele sind ein lernender Prozess, der stetig weiterentwickelt wird. Die Bilanzierung des Gesamtprozesses erfolgte in diesem Jahr im engen Austausch mit den Akteuren mit dem Ziel, den Prozess entlang der Interessen und des Bedarfs der Beteiligten zu optimieren. Besonders positiv bewerten die Beteiligten die inhaltliche Arbeit, die Methoden und Konzepte von *gesundheitsziele.de*. Defizite zeigen sich jedoch hinsichtlich der strukturellen und politischen Verankerung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Ziel der künftigen Arbeit wird daher sein, diesem Handlungsbedarf mit gezielten Maßnahmen zu begegnen.

### **Logovergabe**

Im Jahr 2009 wurde das Logo bereits an 22 Maßnahmen neu vergeben und für 24 laufende Maßnahmen verlängert. Dabei stehen Aktivitäten zur Umsetzung der Gesundheitsziele *Gesund aufwachsen* und *Patient(inn)ensouveränität stärken* im Vordergrund. 55 % aller Neuanträge finden in diesen Handlungsfeldern statt.

### **„Verrückt! – Na und?“ – Kooperationsprojekt von Barmer, Verein *Irrsinnig menschlich, gesundheitsziele.de***

Außerdem startete im Sommer ein neues Modellprojekt unter Beteiligung von *gesundheitsziele.de*. Die Barmer führt gemeinsam mit dem Verein *Irrsinnig menschlich* in Leipzig eine Aufklärungsinitiative mit dem Titel „Verrückt? – Na und!“ durch. Die Initiative richtet sich an Schülerinnen und Schüler, an Eltern, Lehrkräfte und andere Multiplikator(inn)en mit dem Ziel, die psychische Gesundheit von Jugendlichen zu stärken und psychische Schwierigkeiten zu enttabuisieren. Kernelemente der Initiative sind Informationen für Jugendliche im Setting Schule, Bereitstellung von Fachinformationen für Multiplikator(inn)en sowie der Aufbau einer Informationsplattform im Internet und der Ausbau, die Förderung regionaler Netzwerke.

### **Zusammenarbeit mit den Ländern**

In Umsetzung des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz vom 29./30. Juni 2006 fand am 01. Oktober 2008 auf Einladung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales in Dresden ein Workshop für die Verantwortlichen der Gesundheitszieleprozesse / prioritären Handlungsfelder auf Länderebene statt. Ziel war die Förderung des Austauschs der Länder untereinander und die Vernetzung der Länderprozesse mit *gesundheitsziele.de*. Der Workshop wurde von den Ländervertretern bei *gesundheitsziele.de*, dem Robert Koch-Institut und *gesundheitsziele.de* vorbereitet. Im Ergebnis verständigten sich die Länder darauf, die Zusammenarbeit und den Austausch in dieser Weise fortsetzen zu wollen.

### ***Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen, Konferenz am 25. Januar 2010***

Gesundheitsziele sind in fast allen europäischen Ländern ergänzendes Steuerungsinstrument in der Gesundheitspolitik auf Bundes- wie auf Ebene der Länder und Regionen. Bei aller Unterschiedlichkeit der Strukturen und Vorgehensweisen sind die Chancen und Herausforderungen übergreifend vergleichbar. Um den Prozess des Voneinander-Lernens zu unterstützen, führt die GVG am 25. Januar 2010 die Konferenz *Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen* durch. Die Diskussion mit einem breiten Fachpublikum und die Einbeziehung von Erfahrungen aus dem europäischen Ausland sollen Impulse für die Weiterentwicklung der verschiedenen Gesundheitszieleprozesse geben. Die Konferenz wird mit finanzieller Beteiligung des Bundesgesundheitsministeriums und der Länder durchgeführt.

### Öffentlichkeitsarbeit

Im Jahr 2009 erfolgte eine Reihe von Publikationen in der Fachpresse, die die Arbeitsergebnisse des Kooperationsverbundes einer breiteren (Fach-)Öffentlichkeit zugänglich machten.

Außerdem wurde zu Beginn des Jahres eine Broschüre aufgelegt, die übersichtlich und verständlich über den Kooperationsverbund und die bisher entwickelten Gesundheitsziele informiert. Auch die Homepage wurde nutzungsfreundlicher und informativer gestaltet und im Sommer 2009 freigeschaltet. Drei bis viermal jährlich versendet die Geschäftsstelle seit 2008 einen Newsletter, der die jüngsten Entwicklungen und Neuigkeiten zusammenstellt. Insbesondere soll er dazu dienen, diejenigen Projekte bekannt zu machen, die das Logo von *gesundheitsziele.de* erhalten haben.

### Sitzungen der Gremien

Im Jahr 2009 tagten mehrfach Ausschuss und Steuerungskreis und Arbeitsgruppen, die neben der grundlegenden Diskussion und Ausrichtung des Projektes und den Arbeiten zu den einzelnen Gesundheitszielen folgende konkrete Themenstellungen bearbeitet haben:

### Ausschuss

04. Februar 2009:

Thema: *Schwerpunktsetzungen im neuen Gesundheitsziel: Gesund älter werden*

Dr. Anke-Christine Saß <i>Robert Koch-Institut</i>	Gesundheit und Krankheit im Alter – aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung
Prof. Dr. Jan Schulze <i>Sächsische Landesärztekammer</i>  Dr. Thomas Brockow <i>Deutsches Institut für Gesundheitsförderung gGmbH</i>	Sachsen: Gesundheitsziel <i>Aktives Altern</i>
Jürgen Schiffer <i>Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen</i>	Aktivitäten des Landes Nordrhein-Westfalen
Dr. Beate Robertz-Grossmann <i>Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.</i>	Konzept <i>Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte</i>
Dr. Simone Breitkopf <i>Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.</i>	Initiative <i>Gesund im Alter – eine Lebensaufgabe: Nur gemeinsam lösbar</i>
Dr. Sibylle Angele <i>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.</i>	Weißbuch <i>Gemeinsam für die Gesundheit 2008-2013</i>
Dr. Wilfried Kunstmann <i>Bundesärztekammer</i>	Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008

Gabriele Klärs <i>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und - gestaltung e.V.</i>	Kriterienanalyse für das Zielthema <i>Gesund älter werden: Zentrale Ergebnisse</i>
---	--

16. April 2009:

Thema: ***Evaluation des Gesundheitsziels Tabakkonsum reduzieren***

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky- Schneider <i>Berlin School of Public Health Charité - Universitätsmedizin Berlin</i>	Ergebnisse der Evaluation des Gesundheitsziels <i>Tabakkonsum reduzieren</i>
---	---

17. Juli 2009:

Themen: ***Bilanzierung des Gesundheitszieleprozesses und Strategieentwicklung zur  
stärkeren politischen und strukturellen Verankerung des Zieleprozesses***

14. Oktober 2009:

Thema: ***Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Informationen, Unabhängigkeit,  
beispielhafte Maßnahmen*** zur Umsetzung von Gesundheitszielen

Günter Hölling <i>Gesundheitsladen Bielefeld e.V.</i>	Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Informationen / Definition von Unabhängigkeit (Arbeitsergebnisse der AG 8)
Günter Hölling <i>Gesundheitsladen Bielefeld e.V.</i>  Marcel-Ruben Weigand <i>Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH</i>	Vorstellung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)
Dr. Rüdiger Meierjürgen <i>BARMER Ersatzkasse</i>	Vorstellung des Modellprojekts der Barmer gemeinsam mit <i>gesundheitsziele.de</i> und dem Verein <i>Irrsinnig menschlich</i> in Leipzig: Aufklärungsinitiative <i>Verrückt? – Na und!</i>

**Steuerungskreis:**

28. Januar 2009

Themen: ***Ergebnisse der Jahresevaluation 2008 und Planung konkreter Aktivitäten  
für 2009***

Prof. Dr. Elisabeth Pott <i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>	Nationales Aktionsprogramm Tabak, aktuelle Ergebnisse der BZgA aus der Drogenaffinitätsstudie 2008
--	--

05. Mai 2009

Themen: **Kooperationsgespräch „Bilanzierung und Perspektive des Kooperationsverbundes“ vom 31.03.2009** und **Verbindung von Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung**

Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth <i>Robert Koch-Institut</i>	Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
---	---

30. September 2009

Themen: **Finanzierung ab 2010** und **Evaluationsergebnisse des Gesundheitsziels Tabakkonsum, Handlungsbedarf und Perspektiven**

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider <i>Berlin School of Public Health Charité - Universitätsmedizin Berlin</i>	Ergebnisse der Evaluation des Gesundheitsziels <i>Tabakkonsum reduzieren</i>
Prof. Dr. Elisabeth Pott <i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>	Überblick über Interventionen, Handlungsbedarf und Perspektiven zum Gesundheitsziel <i>Tabakkonsum reduzieren</i>

### **Evaluationsbeirat**

14. Januar 2009

Themen: „**Kriterienanalyse für die Gesundheitsziele Herzinfarkt, Chronischer Rückenschmerz, Impfen, Gesund älter werden**“; „**Evaluation des Gesundheitsziels Tabakkonsum reduzieren – Zwischenstand**“; „**Evaluation des Gesundheitsziels Gesund aufwachsen**“; „**Jahresevaluation des Kooperationsverbundes 2008 – Zwischenstand**“

04. Juni 2009

Thema: **Quantifizierung von Gesundheitszielen**

Dr. A. Mielck <i>Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen</i>	Möglichkeiten der Quantifizierung der überarbeiteten Gesundheitsziele
Dr. W. Eberhardt <i>Statistisches Bundesamt</i>	Informationssystem des Statistischen Bundesamts und Gesundheitsziele

17. September 2009

Themen: **Teilevaluation des Gesundheitsziels Brustkrebs** und **Empfehlungen zur Quantifizierung von Gesundheitszielen**

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) oder direkt bei der Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de* c/o GVG e.V.

## 4. Öffentlichkeitsarbeit

### 4.1 Veranstaltungen

In Zusammenarbeit mit dem BMG führte die GVG am 29. April und am 14. Juli 2009 zwei **Workshops zur Entwicklung der EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich** durch. Ziel dieser Workshops war es, mit Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, der Leistungserbringer und der Länder sowie mit Wissenschaftlern die Entwicklungen der OMK Gesundheit und Langzeitpflege zu analysieren und Handlungsoptionen zu diskutieren. Die Gestaltung und Organisation ihrer Gesundheitssysteme obliegt eigenverantwortlich den Mitgliedstaaten. Die europäische Ebene unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Förderung der Gesundheit im Rahmen verschiedener Programme, Strategien und Diskursprozesse, in denen die Mitgliedstaaten – zumeist auf Initiative und unter Koordinierung der EU-Kommission – zusammenarbeiten. Die OMKen für Soziales bzw. für Gesundheit und Langzeitpflege sind hierfür ein Beispiel. Im Zentrum der aktuellen Vertiefungsdiskussion zur OMK stehen Indikatoren für eine systematische Überwachung und Bewertung der nationalen Politiken und eine von der EU-Kommission vorgeschlagene Quantifizierung von Zielvorgaben. Im Rahmen des Workshops wurden diese Prozesse vorgestellt und Einzelaspekte analysiert. (Vgl. oben: *Ausschuss EU*)

Workshop am 29.04.2009

Thema: **Entwicklung der EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich**

Friederike Botzenhardt <i>Bundesministerium für Gesundheit</i>	Einführung: Politische Leitprinzipien des BMG für europäische Diskursprozesse
<b>BLOCK 1</b>	<b>Quantifizierte Ziele als Mittel der Politiksteuerung</b>
Dr. Sibylle Angele <i>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.</i>	Die OMK aus Sicht der GVG
Dr. Sandra Kröger <i>Universität Bremen, Jean Monnet Centre for European Studies</i>	Vertiefung der OMK Soziales mittels quantifizierter Ziele?
Dr. Matthais Wismar <i>European Observatory on Health Systems and Policies, WHO</i>	Nationale und internationale Erfahrungen mit quantifizierten Zielen in der Gesundheitspolitik
Ortwin Schulte <i>Bundesministerium für Gesundheit</i>	Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse

## Öffentlichkeitsarbeit

<b>BLOCK 2</b>	<b>Indikatorenentwicklung für den europäischen Systemvergleich</b>
Prof. Dr. Hendrik Jürges <i>Universität Mannheim, Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel</i>	Internationale Vergleichbarkeit subjektiver Indikatoren im Bereich Gesundheit
Dr. Markus Schneider <i>Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH</i>	Ungedeckter Behandlungsbedarf und subjektive Gesundheit in der EU
Dr. Jürgen Thelen <i>Robert Koch-Institut</i>	Die Gesunde Lebenserwartung als Leitindikator in der OMK, der Lissabon- und der Nachhaltigkeitsstrategie – Probleme und Alternativen
Ortwin Schulte <i>Bundesministerium für Gesundheit</i>	Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse

Workshop am 14.07.2009:

Thema: **Entwicklung der EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich**

Friederike Botzenhardt <i>Bundesministerium für Gesundheit</i>	Einführung: BMG-Leitprinzipien für EU-Diskursprozesse
Dr. Matthais Wismar <i>European Observatory on Health Systems and Policies, WHO</i>	Nationale und internationale Erfahrungen mit quantifizierten Zielen in der Gesundheitspolitik
Lars Kroll <i>Robert Koch-Institut</i>	Die Gesunde Lebenserwartung als Leitindikator in der OMK, der Lissabon- und der Nachhaltigkeitsstrategie – Probleme und Alternativen

Am 15. Juni 2009 führte die GVG unter Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertretern der OECD, der Deutschen Bundesbank, der Rentenversicherung, der betrieblichen Altersvorsorge und der Lebensversicherung sowie Fachleuten aus den Niederlanden und Polen den eintägigen Workshop **Wirtschafts- und Finanzkrise – wie Krisenfest ist die Alterssicherung?** durch und knüpfte so an vorangegangene Arbeiten des Ausschusses *Alterssicherung* an. Ziel des Workshops war es, mögliche Auswirkungen der Krise auf die einzelnen Bereiche der Alterssicherung in Deutschland und international zu diskutieren. Es wurde deutlich, wie sich aufgrund ihrer Struktur Auswirkungen für die verschiedenen Säulen der Alterssicherungssysteme deutlich unterscheiden und welche unterschiedlichen Auswirkungen sich für verschiedene Geburtsjahrgänge ergeben können. Zugleich zeigte der internationale Vergleich, dass Deutschland von der Krise in vergleichsweise geringem Maße betroffen ist. (Vgl. oben: *Ausschuss Alterssicherung*)

Am 15. Oktober 2009 fand das 11. **GVG-Euroforum** unter dem Titel **Die Rolle Europas in der Finanz- und Wirtschaftskrise** statt. Dabei wurden ökonomische und politische Auswirkungen ebenso analysiert, wie die Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme. Im Rahmen des Euroforums wurde auch das Jubiläum des 20jährigen Bestehens des EU-Ausschusses unter Vorsitz von Prof. Dr. Susanne Tiemann gewürdigt. (Vgl. oben: *Ausschuss EU*)

Im Rahmen der Mitgliederversammlung am 03. November 2009 konnte die GVG den Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen, Gerald Weiß, begrüßen, um mit ihm unter dem Motto *Selbstverwaltung aktuell* Fragen der Selbstverwaltung und der Sozialwahlen zu diskutieren. Mit diesem für die GVG zentralen Thema knüpfte die GVG u. a. an ihre umfassende Stellungnahme zur *Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung: Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven* und ihre Veranstaltung aus dem Jahr 2007/2008 an. Die in der GVG zusammengeschlossenen Organisationen hatten die Stellungnahme unter Vorsitz von Prof. Dr. Winfried Schmähl gemeinsam erarbeitet.

## 4.2 Publikationen

### 4.2.1 Informationsdienst der GVG

Auch im Jahr 2008/2009 hat die GVG ihre Arbeit regelmäßig in ihren Informationsdiensten dokumentiert.

Im Oktober 2008 veröffentlichte die GVG ihren Jahresbericht (ID 324).

Mit den Informationsdiensten 325, 327 und 328 dokumentierte die GVG zusammenfassend die Vorträge und Diskussionen einer Studienreise des EU-Ausschusses in die Niederlande sowie der Veranstaltungen, die im Jahr 2008 bzw. 2009 zur Sozialpolitik im Kontext des Lissabon-Vertrages und zu den Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Alterssicherung stattgefunden haben.

Mit Informationsdienst 326 stellte die GVG erstmals in deutscher Sprache den Index der Sozialen Sicherung für Asien vor, den die Asiatische Entwicklungsbank (ADB) entwickelt hat. Der Index misst vergleichend die Ausgaben der Länder in der Region für Soziale Sicherheit, den Erfassungsgrad der Bevölkerung, die Verteilungswirkung und den Wirkungsgrad. Er liefert somit einfach und handhabbar Eindrücke zum Stand der Sozialen Sicherung in Asien.

**324 Die GVG berichtet über ihre Arbeit – Jahresbericht 2008**

November 2007 – Oktober 2008  
Oktober 2008

**325 Soziale Sicherung in den Niederlanden**

Dezember 2008

**326 Ein Index der Sozialen Sicherung in Asien**

Februar 2009

**327 Sozialpolitik im Kontext des Lissabon-Vertrages**

März 2009

**328 Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Alterssicherung**

September 2009

Die Informationsdienste sind kostenfrei über die GVG-Geschäftsstelle zu beziehen oder im Internet abrufbar unter [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

### 4.2.2 Schriftenreihe der GVG

Mit Band 62 der GVG-Schriftenreihe – *Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen* – hat die GVG den aktuellen Diskussionstand in den sieben Testregionen in Deutschland im Herbst 2008 dokumentiert. Auf Grundlage eines einheitlichen abgestimmten Rasters haben Vertreterinnen und Vertreter der Testregionen Berichte zum Sachstand vorgelegt. So ist ein Dokument entstanden, das Vergleiche zulässt, sowohl hinsichtlich von Parallelen als auch Unterschieden. Zudem wurde der Stellenwert der Testregionen aus insgesamt sechs Blickwinkeln dargestellt: aus Sicht der Kostenträger (vdek), der Leistungserbringer (KBV), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BFDI), der Industrie (BITKOM) und der Betreiberorganisation gematik.

Vom 09. bis 10. September 2008 fand in Kiel die eHealth Conference 2008 unter dem Motto *Telematik kommt an* statt. Neben dem BMG, dem gastgebenden Land Schleswig-Holstein und der GVG, wurde der Kongress von den federführenden Spitzenorganisationen von Kostenträger- und Leistungserbringerseite und der Betriebsorganisation gematik mitgetragen. In drei parallelen Themensträngen informierten Experten umfassend zu Fragen der Infrastruktur, Anwendungen und Akzeptanz. Eine begleitende Ausstellung präsentierte konkrete Beispiele für den Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Band 63 der GVG-Schriftenreihe dokumentiert die Beiträge im Plenum und während der Podiumsdiskussionen und enthält zusammenfassende Beiträge zu den drei parallelen Themensträngen.

**Band 62 Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen**  
Köln, 2009 – ISBN 978-3-9811491-7-3

**Band 63 eHealth Conference 2009**  
Köln, 2009 – ISBN 978-3-9811491-8-0

Die GVG Schriftenreihe erscheint beim nanos Verlag. Bibliographische Nachweise sind u. a. auf der GVG-Website abrufbar.

### 4.2.3 Weitere Aktivitäten

Darüber hinaus wurden in der Geschäftsstelle **Fachbeiträge zu verschiedenen Themenbereichen** für Fachzeitschriften erstellt – zur Telematik, zu den Gesundheitszielen und zur internationalen Projektarbeit.

### 4.2.4 Webauftritt der GVG

Zentrales Medium der Öffentlichkeitsarbeit ist der Webauftritt der GVG:

Unter [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de) sind Informationen über alle Tätigkeitsbereiche der GVG in deutscher und englischer Sprache abrufbar. Die Website hat im vergangenen Jahr monatlich durchschnittlich 3000 Besuche verzeichnet.

## Öffentlichkeitsarbeit

Unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) bzw. [www.health-targets.de](http://www.health-targets.de) sind in deutscher und englischer Sprache Informationen über das Projekt *gesundheitsziele.de* abrufbar. Die Website wurde im vergangenen Jahr monatlich zwischen 3000 und 4800mal besucht.

Unter <http://ehealth.gvg-koeln.de/> finden sich in deutscher und englischer Sprache Informationen über die Telematikaktivitäten der GVG und anderer Akteure. Die Website konnte im vergangenen Jahr monatlich 4500 bis 5800 (bedingt durch die eHealth Conference 2008) Besuche verzeichnen.

Der Zugang zu Informationen über das Internet ist von grundlegender Bedeutung. Die GVG überarbeitet deshalb ihren gesamten Internetauftritt für alle Arbeitsbereiche. Als erster Schritt wurde die Website [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) nutzungsfreundlicher und informativer gestaltet und im Sommer 2009 freigeschaltet.

Im Zuge der Überarbeitung des Internetauftrittes hat die GVG die Domain [gvg.org](http://gvg.org) erworben. Sie wird in den nächsten Monaten die bisherige Domain [gvg-koeln.de](http://gvg-koeln.de) ersetzen.



## 5. Internationale Arbeit

Seit fast 20 Jahren engagiert sich die GVG in ihren Themen- und Arbeitsbereichen auch international und unterstützt Ministerien, Behörden oder Sozialversicherungsträger anderer Länder bei der Reform und Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialsysteme. Die Zusammenarbeit erfolgt im Rahmen von Projekten, die überwiegend von der Europäischen Kommission, aber auch von anderen Gebern wie Weltbank, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Asian Development Bank u. a. finanziert werden. Schwerpunktländer der Europäischen Kommission waren auch 2009 insbesondere die Balkanstaaten und die Türkei, was sich entsprechend in den Länderschwerpunkten der internationalen GVG-Zusammenarbeit (s. u.) widerspiegelt. Das Themenspektrum der Projekte umfasst den gesamten Bereich der sozialen Sicherung, des Gesundheitswesens und der Beschäftigungspolitik.

Auch nach der EU-Erweiterung in 2004 führt die Europäische Kommission das in diesem Kontext aufgelegte Instrument der Twinning-Projekte fort, in denen es um den Aufbau von Institutionenpartnerschaften zwischen Mitgliedstaaten der EU und am Stabilisierungs- und Assoziierungsprozess beteiligten potenziellen Beitrittskandidaten sowie den am Beitrittsprozess beteiligten Kandidatenländer geht. Das Programm hat insofern eine Erweiterung erfahren, als es nunmehr über den beschriebenen Adressatenrahmen hinaus auch als Instrument der Europäischen Nachbarschaftspolitik eingesetzt wird.

Im Laufe des Jahres 2009 konnten verschiedene Projekte abgeschlossen werden:

<i>Themenbereiche</i>	<i>Länder</i>
Gesundheitswesen / Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bulgarien</li> <li>• Indonesien</li> </ul>
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Türkei</li> </ul>
Arbeitsmarkt/Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mazedonien</li> </ul>
Freizügigkeit / 1408	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slowakei</li> </ul>
Alterssicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tschechien (2 Projekte)</li> </ul>

### **Beispiel Arbeitsschutz Türkei:**

#### **Twinning-Projekt *Improving Labour Inspection System***

Anfang 2008 hatte die GVG mit der Umsetzung des EU Twinning-Projektes zur Stärkung der Arbeitsinspektion in der Türkei begonnen, das im Juli 2009 erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

Die GVG hatte das deutsche Angebot im Auftrag des BMAS erstellt. Die Projektleitung lag beim Leiter des Arbeitsschutzes in Hessen, vor Ort war eine Expertin der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin für die Umsetzung verantwortlich. Mehr als 50 Fachleute der staatlichen Arbeitsaufsicht der Länder, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin waren aktiv an der Zusammenarbeit mit der Gewerbeaufsicht (Labour Inspection Board) im türkischen Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit beteiligt. Fachleute aus Belgien wurden zu Fragen arbeitsrechtlicher Bestimmungen hinzugezogen, da diese in Deutschland nicht in die Zuständigkeit der Gewerbeaufsicht fallen.

## Internationale Arbeit

Ein Schwerpunkt des Projektes waren die unfallträchtigen Sektoren metallverarbeitende und chemische Industrie, Baugewerbe und Bergbau. Hier hat das Projekt Strategien und Handbücher zum Arbeitsschutz vor Ort in den Betrieben und für die staatliche Aufsicht erarbeitet. Dies umfasste auch eine Anpassung des internen und externen Informationssysteme der Arbeitsinspektion an die Ansprüche eines modernen Arbeitsschutzsystems nach EU-Standard mit enger Einbindung der Sozialpartner als verantwortlichen Akteuren auf Betriebsebene.

Flächendeckend wurden Schulungsmaßnahmen durchgeführt, um allen Arbeitsinspektoren die Teilnahme zu ermöglichen. Darüber hinaus umfassten die Schulungen auch jeweils 1 Tag für die Zielgruppe der Arbeitgeber und Gewerkschaften. Während die Inhalte gerade für die Sozialpartner stark auf allgemeine Fragen wie EU-Recht, europäische Arbeitsschutzstandards und deren Umsetzung sowie die dabei vorgesehene aktive Rolle der Arbeitgeber und Arbeitnehmer fokussierten, wurde in den Schulungen für die Aufsichtsbeamten stärker auf auch technische Aspekte eingegangen. Besonders bei den betriebliche Gefährdungsanalysen und dem betrieblichen Gefahrenmanagement vermittelten die Schulungen vertiefte und umfassende Kenntnisse, die genau auf die jeweiligen Gefährdungspotentiale in den genannten Sektoren zugeschnitten waren.

In intensiver Zusammenarbeit wurden unter Mitwirkung der Sozialpartner zu allen Themenbereichen – Arbeitsschutz in metallverarbeitender und chemischer Industrie, in Baugewerbe und Bergbau sowie zu arbeitsrechtlichen Fragen – Handlungshilfen für die Inspektion erarbeitet. Sie wurden allen relevanten Institutionen zur Verfügung gestellt und sind auch auf der Website des Ministeriums verfügbar.

Eine Kommunikationsstrategie flankierte diese Maßnahmen und konnte maßgeblich zur Verbesserung der Zusammenarbeit der verantwortlichen Akteure beitragen.

Darüber hinaus wurden 2 länderübergreifende Studien für die Generaldirektion Beschäftigung (DG EMPL) zur **Alterssicherung von Frauen** und zu den **Auswirkungen mobiler Arbeitsplätze unter Arbeitsschutzgesichtspunkten** (in Zusammenarbeit mit der DGUV) abgeschlossen ebenso wie ein Exposé zu aktuellen Ansätzen **lokaler Partnerschaften in der Arbeitsmarktpolitik**.

Im Laufe des Jahres 2009 konnte die GVG bisher 8 Ausschreibungsverfahren für sich bzw. für in Kooperation mit der GVG eingegangene Konsortien entscheiden. Aktuell engagiert sich die GVG in internationalen Projekten in den folgenden Bereichen:

<i>Themenbereiche</i>	<i>Länder</i>
Gesundheitswesen / Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bosnien</li><li>• Mongolei</li><li>• Serbien</li></ul>
Arbeitsmarkt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kroatien (2 Projekte)</li><li>• Serbien (2 Projekte)</li></ul>
Gleichstellung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Türkei</li></ul>

Länderübergreifend wird für die DG EMPL die **Asisp-Studie zur komparativen Beschreibung und Bewertung von Sozialreformen in der EU** fortgeführt. Ebenfalls für die DG EMPL werden Studien zum **Sozialen Dialog in den Westbalkanländern**, zum

**Sozialschutz/Sozialen Eingliederung in den Kaukasusstaaten** sowie ein **Handbuch der EU-Kommission zum Umgang mit Asbest** erstellt.

**Beispiel: *Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms in the EU Member States and EFTA/EEA, candidate and pre-candidate countries (Asisp)***

Der Prozess der Offenen Methode der Koordinierung in den Bereichen Sozialschutz und soziale Eingliederung umfasst die drei Bereiche *soziale Eingliederung, Renten* sowie *Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege*. Während im Bereich der sozialen Eingliederung ein Expertennetzwerk die Kommission bei der Analyse nationaler Dokumente und Politiken unterstützt, fehlte bislang eine vergleichbare Unterstützung für die Bereiche *Renten* sowie *Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege*.

Deshalb führt die GVG für die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, ein Projekt zur Folgenabschätzung von Reformen im Bereich der sozialen Sicherung in Europa durch.

Im Zentrum des Projekts steht ein Expertennetzwerk aus Wissenschaftlern in allen EU Mitgliedstaaten sowie Norwegen, Island, Liechtenstein, Kroatien, Serbien, Mazedonien und der Türkei, das den notwendigen Einblick in die jeweiligen nationalen Reformdiskussionen hat. Das Netzwerk informiert über aktuelle Entwicklungen und analysiert die sozioökonomischen Auswirkungen von Reformen des Sozialschutzes in 34 europäischen Staaten. Zu den analytischen Aufgaben des Netzwerks gehören:

- Die Erstellung von Jahresberichten für jedes der 34 Länder in den Bereichen *Rente, Gesundheit und Pflege*. Die Jahresberichte beinhalten eine Analyse von Reformen der vergangenen 12 Monate, sowie eine Übersicht über aktuelle sozialpolitische und relevante wissenschaftliche Forschung. Sie werden ergänzt durch eine strukturierte Auflistung aktueller Publikationen und wichtiger Institutionen in den teilnehmenden Ländern.
- Eine Kommentierung der Nationalen Strategieberichte (NSR) über Sozialschutz und Soziale Eingliederung und der nationalen Beitrittsberichte der Kandidatenländer. Die Kommentare liefern eine Einschätzung der Entwicklungen in den jeweiligen Ländern in Bezug auf die Ziele und Indikatoren, die im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung (OMK) vereinbart wurden und beschreiben die länderspezifischen Herausforderungen im Bereich des Sozialschutzes.
- Die Kommentierung der Nationalen Reformprogramme (NRP) und der Umsetzungsberichte. Die Mitgliedstaaten führen im Rahmen der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung Reformen auf der Grundlage der nationalen Reformprogramme 2008-2010 durch. Diese basieren auf „integrierten Leitlinien“, die von allen EU-Regierungen vereinbart wurden. Die Kommentare sollen beurteilen, in welchem Ausmaß die Wechselwirkungen zwischen der Wirtschafts- und der Sozialpolitik berücksichtigt werden.
- Ad-hoc-Berichte zu horizontalen Themenfeldern oder länderspezifischen Entwicklungen, zum Beispiel Untersuchungen im Zusammenhang zu den Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf Soziale Sicherung.

Die Umsetzung hat im Sommer 2008 begonnen und ist zunächst auf 2 Jahre angelegt.

## Internationale Arbeit

In 2009 hat insbesondere die Europäische Kommission eine überdurchschnittliche Anzahl an Projekten im Bereich der Sozialen Sicherung / Gesundheitswesen ausgeschrieben. Die GVG hat sich allein oder in Kooperation mit europäischen Partnern auf eine Vielzahl von Projekten beworben bzw. bereitet Bewerbungen vor. Für viele der Verfahren stehen die Ergebnisse noch aus.

Bei all ihren Beratungsaktivitäten arbeitete die GVG intensiv mit ihren jeweils zuständigen Mitgliedsorganisationen zusammen. Darüber hinaus waren zahlreiche weitere Institutionen (Bundes- und Länderministerien, Bundesagentur für Arbeit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin u. a.) in Deutschland und im Ausland beteiligt. Sie alle haben durch Entsendung von Fachleuten und die Durchführung von Studienreisen zum Erfolg der internationalen Zusammenarbeit maßgeblich beigetragen. Mit den Fachministerien BMAS und BMG arbeitet die GVG eng zusammen.

## **6. Satzung der GVG**

Am 08. Oktober 2008 hat die Mitgliederversammlung der GVG eine Neufassung der Satzung der GVG einstimmig beschlossen. Sie wurde am 01. Dezember 2008 in das Vereinsregister des Amtsgerichts Köln eingetragen. Die Satzung der GVG aus dem Jahr 1947 war letztmalig im Jahr 1987 geändert worden. Mit der Neufassung liegt nun eine konsolidierte Satzung vor, die zugleich allen aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung trägt.

## 5. Wort-/Bildmarke **GVG**

Im April 2009 ist die Eintragung der Wort-/Bildmarke der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. beim Deutschen Patent- und Markenamt erfolgt.



## **Gremien der GVG**

### **Organigramm der Geschäftsstelle**

## **Präsidium der GVG (Wahlperiode 2009-2011)**

**Thomas Ballast**

Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

**Georg Baum**

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

**Prof. Dr. Ulrich Becker**

Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**Dr. Joachim Breuer**

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Sankt Augustin

**Dr. Günther E. Buchholz**

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung, Köln

**Dr. Hildegard Demmer**

Leiterin Verbandspolitik und Kommunikation des BKK Bundesverbandes, Essen

**Dipl.-Vw. Günter Dibbern**

Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Krankenversicherung AG, Köln

**Prof. Dr. Ingwer Ebsen**

Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt/Main  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**Jürgen Graalmann**

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Berlin

**Alexander Gunkel**

Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen  
Arbeitgeberverbände, Berlin

**Elke Hannack**

Mitglied des Bundesvorstandes ver.di, Berlin

**Dipl.-Kfm. Michael Jung**

Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer  
Versorgungseinrichtungen, Köln

**Dr. Volker Leienbach**

Verbandsdirektor des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

**Dr. Carl-Heinz Müller**

Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

**Dr. Axel Reimann**

Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin

**Dr. Herbert Rische**

Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin  
(Vorsitzender der GVG)

## Gremien der GVG

**Prof. Dr. Dr. Bert Rürup**

Technische Hochschule Darmstadt  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**Prof. Dr. Winfried Schmähl**

Niebüll  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**Dr. Peter Schwark**

Mitglied der Hauptgeschäftsführung des Gesamtverbandes der Deutschen  
Versicherungswirtschaft e.V., Berlin

**Rolf Stuppardt**

Geschäftsführer des IKK e.V., Berlin

**Eckhart Stüwe**

Geschäftsführer des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,  
Kassel

**Prof. Dr. Gregor Thüsing**

Universität Bonn  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**Dr. Ulrich Vorderwülbecke**

Geschäftsführer Marktordnung/Gesundheitssysteme des Verbandes Forschender  
Arzneimittelhersteller e.V., Berlin

**Prof. Dr. Eberhard Wille**

Universität Mannheim  
(als Vertreter der Wissenschaft)

## **Vorstand der GVG (Wahlperiode 2009-2011)**

**Thomas Ballast**

Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin  
(stellv. Vorsitzender der GVG )

**Georg Baum**

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

**Dr. Joachim Breuer**

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Sankt Augustin

**Dr. Volker Leienbach**

Verbandsdirektor des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

**Dr. Carl-Heinz Müller**

Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

**Dr. Herbert Rische**

Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin  
(Vorsitzender der GVG)

**Prof. Dr. Winfried Schmähl**

Niebüll  
(stellv. Vorsitzender der GVG )

## **Ausschuss „Alterssicherung“**

**Vorsitz: Prof. Dr. Winfried Schmähl, Niebüll**

Im Ausschuss arbeiten Vertreter(innen) folgender Mitgliedsorganisationen der GVG zusammen. Eine ausführliche, namentliche Liste der Mitglieder des Ausschusses finden Sie auf unserer Website [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Köln/Berlin

Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V., Heidelberg

Arbeitsgemeinschaft kommunale und kirchliche Altersversorgung (AKA) e.V., München

Bayerische Ärzteversorgung, München

Bundesärztekammer, Berlin

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum

Deutsche Sozialversicherung Europavertretung, Brüssel

Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Berlin

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin

DHV-Die Berufsgewerkschaft e.V., Hamburg

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Berlin

Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel

Gmünder ErsatzKasse, Schwäbisch Gmünd

Heubeck AG, Köln

R+V Lebensversicherung AG, Wiesbaden

ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin

ver.di-Bundesvorstand, Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Watson Wyatt Heissmann GmbH, Wiesbaden

Dr. Marco S. Arteaga, Wiesbaden

Prof. Dr. Dieter Cassel, Duisburg

Prof. Dr. Diether Döring, Frankfurt/Main

Dr. Reinhard Hinne, Grünwald

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Sankt Augustin

Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Münster

## **Ausschuss „Europäische Union“**

**Vorsitz: Prof. Dr. Susanne Tiemann, Universität Bonn**

Im Ausschuss arbeiten Vertreter(innen) folgender Mitgliedsorganisationen der GVG zusammen. Eine ausführliche, namentliche Liste der Mitglieder des Ausschusses finden Sie auf unserer Website [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Köln

Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V., Heidelberg

Arbeitsgemeinschaft kommunale und kirchliche Altersversorgung (AKA) e.V., München

Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

BKK Bundesverband, Essen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main

Bundesärztekammer, Berlin

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Bundesverband der Rentenberater e.V., Köln

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., Freiburg

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Berlin

Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Berlin + Brüssel

Bundeszahnärztekammer, Berlin

Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Deutsche Sozialversicherung Europavertretung, Brüssel

Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Berlin

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin

Deutscher Heilbäderverband e.V., Bonn

## Gremien der GVG

DHV – Die Berufsgewerkschaft e.V., Hamburg  
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bonn  
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Berlin  
Gewerkschaft der Sozialversicherung im Deutschen Beamtenbund, Bonn  
GKV-Spitzenverband DVKA, Bonn  
Gmünder ErsatzKasse, Schwäbisch Gmünd  
Heubeck AG, Köln  
IKK e.V., Berlin  
Institut der deutschen Zahnärzte, Köln  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin/Brüssel  
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen  
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar  
PHV – Der Dialysepartner Patienten-Heimversorgung  
Rhön-Klinikum AG Büro Berlin, Berlin  
Saline Bad Sassendorf GmbH  
Techniker Krankenkasse – Hauptverwaltung, Hamburg  
ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin  
ver.di-Bundesvorstand, Berlin  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin  
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln  
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin  
Watson Wyatt Heissmann GmbH, Wiesbaden  
Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln  
Prof. Dr. Ulrich Becker, München  
Prof. Dr. Ingwer Ebsen, Frankfurt/Main  
Dietrich Bernd Kerger, Sinzig  
Dr. Evertz Lindmark, Essen  
Renate Schavoir-Ysselstein, Bad Honnef  
Prof. Dr. Winfried Schmähl, Niebüll  
Udo Schulte-Mimberg, Wachtberg-Liessem  
Dr. Hans Stein, Bonn  
Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Münster  
Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Sankt Augustin

## **Ausschuss „*gesundheitsziele.de* / Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“**

**Vorsitz: Dr. Rainer Hess, Gemeinsamer Bundesausschuss, Siegburg**

Im Ausschuss arbeiten Vertreter(innen) folgender Mitgliedsorganisationen der GVG zusammen. Eine ausführliche, namentliche Liste der Mitglieder des Ausschusses finden Sie auf unserer Website [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitskreis Frauengesundheit, Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., Berlin

BAG der PatientInnenstellen /

Patientenstelle Bielefeld im Gesundheitsladen e.V., Bielefeld

Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

BKK Bundesverband, Essen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main

Bundesärztekammer, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Aalen

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., Berlin

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., Freiburg

Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin

Bundeszahnärztekammer, Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin

## Gremien der GVG

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., Berlin  
Deutscher Städtetag, Köln  
DHV – Die Berufsgewerkschaft, Hamburg  
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bonn  
Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, c/o Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf  
GlaxoSmithKline, München  
Gmünder ErsatzKasse, Schwäbisch-Gmünd  
IKK e.V., Berlin  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin  
Lundbeck GmbH, Hamburg  
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Düsseldorf  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Potsdam  
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar  
Robert Koch-Institut, Berlin  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Dresden  
Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder, Bonn  
Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin  
Techniker Krankenkasse – Hauptverwaltung, Hamburg  
Universität zu Köln - Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Köln  
Verband der Ersatzkassen e.V., (vdek), Berlin  
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Berlin  
Prof. Dr. Gisela Fischer, Hannover  
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Berlin  
Henriette Hentschel, Potsdam  
Prof. Dr. Ingrid Kollak, Berlin  
Dr. Andreas Mielck, Neuherberg  
Wilhelm Scheidgen, Bergisch Gladbach  
Dr. Hans Stein, Bonn

## **Ausschuss „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“**

**Vorsitz: Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Universität Mannheim**

Im Ausschuss arbeiten Vertreter(innen) folgender Mitgliedsorganisationen der GVG zusammen. Eine ausführliche, namentliche Liste der Mitglieder des Ausschusses finden Sie auf unserer Website [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf  
AOK-Bundesverband, Berlin  
Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim  
BKK Bundesverband, Essen  
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main  
Bundesärztekammer, Berlin  
Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin  
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., Freiburg  
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Berlin  
Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin  
Bundesverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel  
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin  
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Berlin  
Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz  
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin  
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Deutsche Sozialversicherung Europavertretung, Brüssel  
Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Berlin  
Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin  
DHV – Die Berufsgewerkschaft e.V., Hamburg  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Berlin  
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bonn  
Gemeinsamer Bundesausschuss, Siegburg  
Gewerkschaft der Sozialversicherung im Deutschen Beamtenbund, Bonn  
GKV-Spitzenverband DVKA, Bonn  
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

## Gremien der GVG

Gmünder ErsatzKasse, Schwäbisch Gmünd  
IKK e.V., Berlin  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin  
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Berlin  
Kassenzahnärztliche Vereinigung, Stuttgart  
KKH-Allianz – Hauptverwaltung, Hannover  
Lundbeck GmbH, Hamburg  
Marburger Bund Verband e.V., Berlin  
MEDICPROOF GmbH, Köln  
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen  
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar  
PHV – Der Dialysepartner Patienten-Heimversorgung, Bad Homburg  
Rhön-Klinikum AG Büro Berlin, Berlin  
Saline Bad Sassendorf GmbH, Bad Sassendorf  
Techniker Krankenkasse – Hauptverwaltung, Hamburg  
ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin  
ver.di – Bundesvorstand, Berlin  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin  
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln  
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen  
Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln  
Prof. Dr. Dieter Cassel, Duisburg  
Horst Cox, Tübingen  
Prof. Dr. Ingwer Ebsen, Frankfurt/Main  
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Berlin  
Henriette Hentschel, M.A., Potsdam  
Dr. Ute Maier, Tübingen  
Wilhelm Scheidgen, Bergisch-Gladbach  
Heiner Schülke, Meersburg  
Udo Schulte-Mimberg, Wachtberg  
Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Sankt Augustin  
Prof. Dr. Jürgen Wasem, Troisdorf

## **Ausschuss „eHealth/Telematik im Gesundheitswesen“**

**Vorsitz: Dr. Joachim Breuer, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sankt Augustin**

Im Ausschuss arbeiten Vertreter(innen) folgender Mitgliedsorganisationen der GVG zusammen. Eine ausführliche, namentliche Liste der Mitglieder des Ausschusses finden Sie auf unserer Website [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Köln

AOK-Bundesverband, Berlin

Ärzttekammer Niedersachsen, Hannover

Ärzttekammer Nordrhein, Düsseldorf

Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main

Bundesärztekammer, Berlin

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Bundesverband der Betriebskrankenkassen e.V., Essen

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Berlin

Bundesverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Berlin

Central Krankenversicherung AG, Köln

Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Debeka Krankenversicherung VVaG, Koblenz

Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sankt Augustin

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin

Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum

Deutscher Hausärzteverband e.V., Köln

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bonn

GKV-Spitzenverband DVKA, Bonn

IKK e.V., Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

## Gremien der GVG

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Klinik Bavaria, Kreischa

Marburger Bund Verband der Angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte  
Deutschlands e.V. Bundesverband, Berlin

Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale

Techniker Krankenkasse, Hamburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Troisdorf

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Sankt Augustin

## **Ausschuss „Pflege/Rehabilitation“**

**Vorsitz: Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK, Hamburg**

Im Ausschuss arbeiten Vertreter(innen) folgender Mitgliedsorganisationen der GVG zusammen. Eine ausführliche, namentliche Liste der Mitglieder des Ausschusses finden Sie auf unserer Website [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de).

Allgemeine Hospitalgesellschaft, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Berlin

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, Goslar

Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

BKK Bundesverband, Essen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main

Bundesärztekammer, Berlin

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., Freiburg

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Berlin

Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin

Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Berlin

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin

Deutscher Heilbäderverband e.V., Bonn

DHV – Die Berufsgewerkschaft e.V., Hamburg

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Berlin

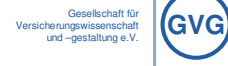
Gmünder ErsatzKasse, Schwäbisch-Gmünd

IKK e.V., Berlin

## Gremien der GVG

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin  
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover  
Klinik Bavaria, Kreischa  
Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte, Deutschlands e.V. Bundesverband, Berlin  
MEDICPROOF GmbH, Köln  
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen  
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar  
Rhön-Klinikum AG, Berlin  
Saline Bad Sassendorf GmbH, Bad Sassendorf  
Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel  
ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin  
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen  
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin  
ver.di – Bundesvorstand, Berlin  
Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V., Bad Nauheim  
Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln  
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Berlin  
Wilhelm Scheidgen, Bergisch-Gladbach  
Heiner Schülke, Meersburg  
Udo Schulte-Mimberg, Wachtberg-Liessem  
Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Sankt Augustin

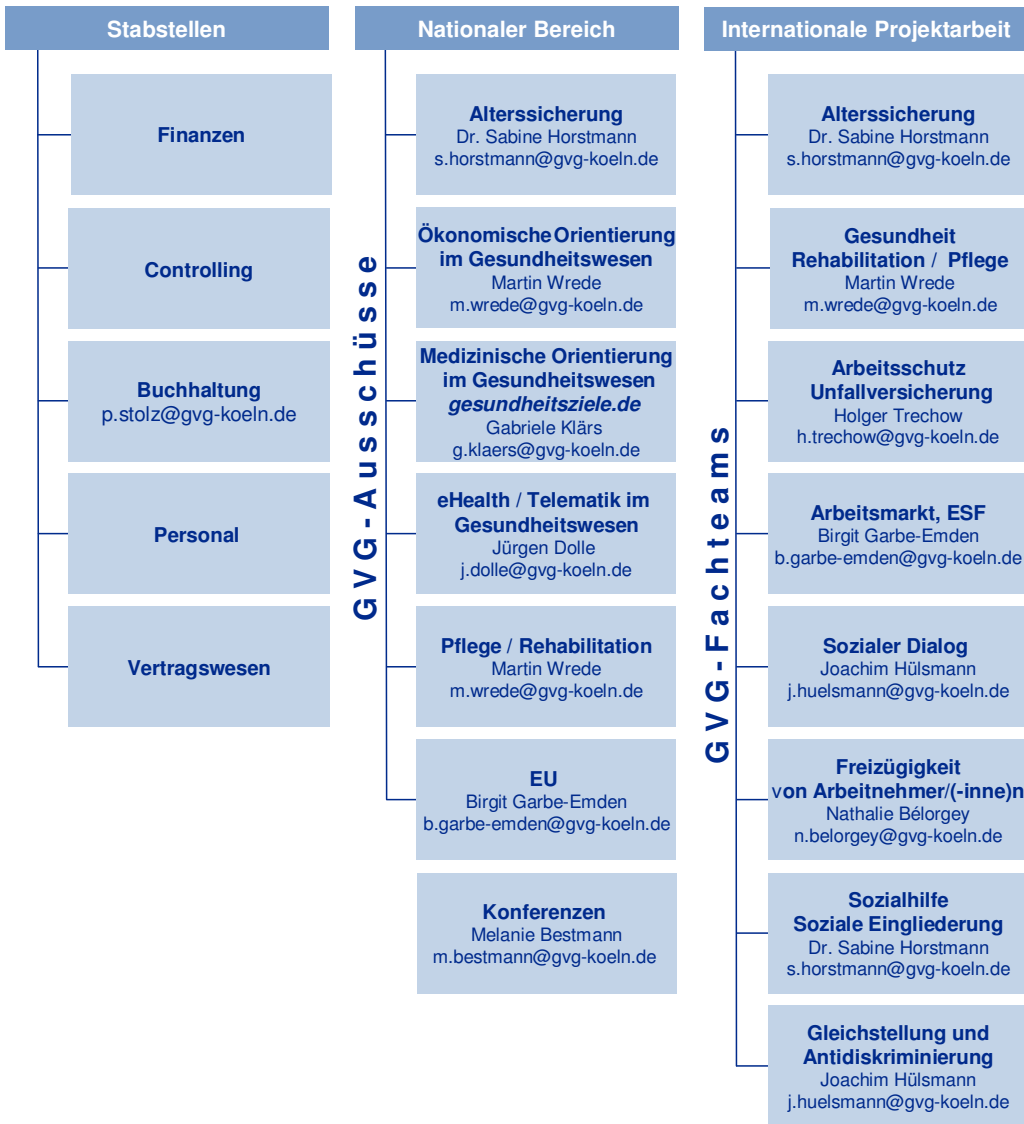
# ORGANIGRAMM der GVG-GESCHÄFTSSTELLE



## Mitglieder      Präsidium      Vorstand

**Dr. Sibylle Angele**  
Geschäftsführerin  
s.angele@gvg-koeln.de

**Birgit Sandow**  
Stellv. Geschäftsführerin  
b.sandow@gvg-koeln.de



## Sekretariat, Projektassistenz, EDV

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Hansaring 43, 50670 Köln  
Tel.: + 49 /221-912867-0 (Zentrale), E-Mail: info@gvg-koeln.de, Homepage: www.gvg-koeln.de