Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.

Informationsdienst

Die GVG berichtet über ihre Arbeit

Jahresbericht 2010

November 2009 – Oktober 2010

Informationsdienst
Köln, November 2010

331

Inhalt

Vorwort Seite 5

1. Ausschussarbeit Seite 7

1.1 Ausschuss „Alterssicherung“ Seite 7

1.2 Ausschuss „EU“ Seite 11

1.3 Ausschuss „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“ Seite 16

1.4 Ausschuss „eHealth / Telematik im Gesundheitswesen“ Seite 18

1.5 Ausschuss „Pflege / Rehabilitation“ Seite 26

1. 6 andere Themen Seite 33

2. *gesundheitsziele.de* Seite 35

2.1 Gesamtstrategie des Kooperationsverbundes Seite 35

2.2 Neues Gesundheitsziel *Gesund älter werden* Seite 36

2.3 Aktualisierung der Gesundheitsziele *Gesund aufwachsen, Tabakkonsum reduzieren, Brustkrebs und Patient(inn)ensouveränität* Seite 36

2.4 Logovergabe Seite 38

2.5 Zusammenarbeit mit den Ländern Seite 38

2.6 *Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen*, Konferenz am 25. Januar 2010-10-27 Seite 38

2.7 Öffentlichkeitsarbeit Seite 38

2.8 Sitzungen der Gremien Seite 39

3. Öffentlichkeitsarbeit Seite 41

3.1 Veranstaltungen Seite 41

3.2 Publikationen Seite 42

3.3 Webauftritt der GVG Seite 44

4. Internationale Arbeit Seite 45

4.1 AG „International“ Seite 46

4.2 Gesundheit Seite 47

4.3 Arbeitsschutz / UV Seite 49

4.4 Arbeitsmarkt Seite 51

4.5 Alterssicherung Seite 53

4.6 Soziale Sicherung – Soziale Eingliederung Seite 53

4.7 Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Seite 55

4. 8 Sozialer Dialog Seite 57

4.9 Gleichstellung Seite 59

5. Wort-/Bildmarke GVG Seite 61

ANHANG

Gremien der GVG Seite 65

Organigramm der GVG-Geschäftsstelle Seite 81

Vorwort

Im Jahr 2010 hat die GVG mit den geplanten Reformen in Gesundheitswesen, aktuellen Entwicklungen in der Alterssicherung, Urteilen des Europäischen Gerichtshofes und den Ergebnissen der Bestandsaufnahme eGK sehr aktuell Themen aufgegriffen und bearbeitet.

Auch das Jahr 2010 war nach wie vor gekennzeichnet durch die Finanz- und Wirtschaftskrise, zu deren Auswirkungen auf die Sozialsysteme sowie in ihrer europäischen Dimension die GVG in verschiedenen Zusammenhängen aktuelle Untersuchungen und Gesichtspunkte vorstellen konnte.

Darüber hinaus griff die GVG Themen auf, die langfristig von großer Bedeutung sind: so etwa die personellen Ressourcen in der Pflege oder die Möglichkeiten und der Nutzen telemedizinischer Anwendungen.

Ferner knüpfte die GVG in ihrer Arbeit an Themenbereiche an, die sie schon in den Vorjahren intensiv bearbeitet hatte – die Rentenangleichung Ost-West, die Möglichkeiten der Rehabilitation sowie die europäische Offene Methode der Koordinierung.

Vielfältige Vernetzungen ergaben sich zwischen den Fragestellungen der verschiedenen Ausschüsse der GVG sowie zwischen deutschen und internationalen Themen – so zu telemedizinischen Anwendungen im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung einerseits und dem Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung oder zu Fragen der Zielorientierung von Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik und sozialer Sicherung in Deutschland und auf europäischer Ebene oder zum internationalen Vergleich verschiedener Möglichkeiten, die Sozialsysteme weiterzuentwickeln.

Sehr bewährt hat sich wieder die Bildung von Arbeitsgruppen, die aus den Ausschüssen der GVG zu spezifischen Fragestellungen arbeiten – im Jahr 2010 zum EU-Grünbuch *Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme*, zur Rehabilitation, zur Weiterentwicklung der internationalen Zusammenarbeit sowie zu den Rahmenbedingungen und dem erwarteten Fachkräftemangel in der Pflege.

Erfolgreich arbeitet im zehnten Jahr der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* unter dem Dach der GVG in mehreren Arbeitsgruppen und Gremien. Dort konnten zahlreiche konzeptionelle Arbeiten erfolgreich vorangebracht werden. Die Kooperationsträger – Bund, Länder sowie Kostenträger- und Leistungserbringerorganisationen aus dem Mitgliederkreis der GVG – haben für weitere drei Jahre ihre Trägerschaft zugesagt. Dies ist ein sehr wichtiger Schritt, um die weitere strukturelle und politische Verankerung und die Umsetzung von Gesundheitszielen auf Ebene des Bundes, der Länder und der einzelnen Organisationen weiter zu verankern.

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. Die Themen umfassen dabei grundsätzliche Fragestellungen der Organisation sozialer Sicherheit und der Unterstützung des Arbeitsmarktes und der Arbeitssicherheit sowie konkrete Umsetzungsfragen und übergreifende Aspekte wie Sozialpartnerschaft und Gleichstellung. Auch in der internationalen Arbeit zeigt sich immer wieder, wie wichtig das Zusammenwirken der verantwortlichen Akteure für die erfolgreiche Weiterentwicklung der Systeme ist und welche Bedeutung ein bedarfsgerechtes systemisches Herangehen hat. Um dies zu verdeutlichen, hat die GVG die internationalen Erfahrungen

der GVG und ihrer Mitgliedsorganisationen in einem Strategiepapier veröffentlicht. Darüber hinaus konnte die GVG in mehreren vergleichenden Studien internationale Entwicklungen der Sozialen Sicherheit und des Arbeitsschutzes analysieren. Das große Engagement ihrer Mitglieder und weiterer Partner hat es der GVG ermöglicht, diese internationale Arbeit erfolgreich fortzuführen.

Die GVG konnte somit auch im Jahr 2010 aktiv zur Gestaltung und Weiterentwicklung der Sozial- und Gesundheitssysteme in Deutschland und im Ausland beitragen. In ihrer einzigartigen Struktur ist sie ihren Mitgliedern gemeinsame Plattform für Informationsaustausch, Strategieentwicklung und Positionierung. Ihren Partnern im In- und Ausland ist sie als verlässlicher Partner Informationsdrehscheibe und Netzwerk.

Wir danken unseren Mitgliedsorganisationen, den Vorsitzenden unserer Gremien, Ausschüsse und Arbeitsgruppen und all denjenigen, die mit ihrem Engagement und Interesse unsere Arbeit gestalten. Wir danken auch den Bundes- und Landesministerien und den anderen verantwortlichen Akteuren für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit. Da ich mich zum Jahreswechsel beruflich verändern werde, möchte ich an dieser Stelle Ihnen allen auch meinen ganz persönlichen Dank für die langjährige sehr gute und fruchtbare Zusammenarbeit und die Unterstützung gemeinsamer Anliegen aussprechen.

Die GVG steht für Transparenz, Austausch und gemeinsame Weiterentwicklung zentraler Fragestellungen. Die Grundprinzipien *Solidarität*, *Subsidiarität* und *Pluralismus* sind dabei aktuell wie je. Der vorliegende Jahresbericht zeigt, dass es lohnt, gemeinsam auf dieser Grundlage zusammenzuarbeiten!

GVG
Dr. Sibylle Angele

1. Ausschussarbeit

Auch im Jahr 2009/2010 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 verstehen sich in der Tradition der GVG als Foren der bereichsübergreifenden Information und Konsensbildung. Entsprechend wurden auch im Jahr 2009/2010 zahlreiche aktuelle Themen aufgegriffen. Zugleich sind in kontinuierlicher Arbeit mehrere Papiere und Stellungnahmen entstanden, die in die öffentliche Diskussion in Deutschland und Europa eingebracht wurden.

1.1 Ausschuss „Alterssicherung“

Im Jahr 2009/2010 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Winfried Schmähl mit folgenden Themen befasst:

- Alterssicherungspolitik in der neuen Legislaturperiode
- Rentenangleichung Ost-West
- Konsequenzen der Finanzmarktkrise für eine verbrauchsgerechte Alterssicherungspolitik
- Alterssicherung von Frauen in Europa
- Alterssicherung in Großbritannien
- Stellungnahme zum EU-Grünbuch *Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme*

Im Dezember 2009 hatte der Ausschuss die Mitglieder des Bundestages, Herrn Dr. Heinrich Kolb und Herrn Peter Weiß, eingeladen, um sich zu den Schwerpunkten der **Alterssicherungspolitik in der neuen Legislaturperiode** zu informieren. Die anschließende Diskussion im Ausschuss drehte sich um die Absicherung im Rahmen der *Riester-Rente*, die Informationslage über Beiträge auf den Riesterkonten und die Entwicklung der Ansprüche, sowie um Wege, auch langfristig eine über der Armutsgrenze liegende Absicherung im Alter sicherzustellen. Darüber hinaus wurde im Zusammenhang mit der Anhebung der Altersgrenze über die Möglichkeiten der Flexibilisierung des Übergangs in den Ruhestand gesprochen und ihre Auswirkungen auf das Absicherungsniveau und die

Dauer der Erwerbstätigkeit. Schließlich wurde neben Möglichkeiten der Absicherung der so genannten *Solo-Selbstständigen* auch der Zusammenhang zwischen Alters- und Invaliditätssicherung thematisiert und Möglichkeiten einer staatlichen Förderung bzw. der Rolle der Sozialpartner hinsichtlich der Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos.

Im März 2010 informierten ein Vertreter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und ein Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund über die aktuelle Situation und konkrete Modelle im Hinblick auf die politische Diskussion zur **Rentenangleichung**. Sie erläuterten die Grundlage der derzeitigen Hochwertung der Rentenanwartschaften, die ökonomische Entwicklung bzw. den Verlauf des Angleichungsprozesses zwischen Ost- und Westdeutschland seit der Wiedervereinigung und die Auswirkungen auf die aktuellen Rentenansprüche. Beide wiesen auf die maßgebliche Bedeutung hin, die die Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Lohnentwicklung in Ost- und Westdeutschland für die Rentenangleichung haben. In der anschließenden Diskussion wurde einerseits auf die Angleichungsklausel im Einigungsvertrag verwiesen und andererseits auf die damalige Fehleinschätzung einer kurzfristigen Lohnangleichung. Auch wurde diskutiert, inwieweit generell eine vollständige Gleichheit der Durchschnittslöhne erreicht werden kann. Schließlich ging es auch darum, welche Auswirkungen von einer weiteren Aufrechterhaltung unterschiedlicher rentenrechtlicher Regelungen in Ost- und Westdeutschland bzw. von einer Angleichung des Rentenrechts für die Beitragszahler und Rentner beider Gebiete sowie für die öffentliche Diskussion zu erwarten sind.

Ebenfalls im März 2010 war ein Vertreter des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen zum Thema „**verbrauchergerechte Alterssicherungspolitik**“ zu Gast im Ausschuss. In Folge der Finanzmarktkrise legte er den Fokus seiner Präsentation auf Entwicklungen bei der Wohn-Riester-Altersvorsorge, der privaten und betrieblichen Alterssicherung sowie der Absicherung der Risiken der Erwerbsminderung und der Pflegebedürftigkeit. Die Altersvorsorge durch Wohn-Riester beurteilte er kritisch, wenn Verbraucher(inne)n Wohneigentum aus ihrer Wohn-Riester-Altersvorsorge finanzierten und für die Kreditinstitute die Möglichkeit besteht, die Kredite zu verkaufen oder bei Kreditgefährdung – zum Beispiel durch Arbeitsplatzverlust des Kreditnehmers – zu kündigen. Aber auch, wenn sich Verbraucher/innen gegen Investitionen in Wohneigentum entschieden, stellte er Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Transparenz fest, da diese dann am Finanzmarkt als Kreditgeber aufträten. Neben verstärkter Transparenz forderte er eine Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für alle Alterssicherungsprodukte sowie – mit Bezug auf die Gegebenheiten der heutigen Arbeits- und Finanzwelt – eine Flexibilisierung der Verträge. Die im Koalitionsvertrag angedeuteten Lösungen hinsichtlich des Erwerbsminderungsrisikos und der langfristigen Finanzierung in der Pflegeversicherung sind aus seiner Sicht kritisch zu beurteilen. In der anschließenden Diskussion wurde – neben der Alterssicherung – die Bedeutung der Absicherung des Risikos der Erwerbsminderung bestätigt. Im Blick auf Kosten und die finanzielle Belastbarkeit der Haushalte wurden unterschiedliche Formen der Absicherung dieses Risikos angesprochen. Zur Flexibilisierung von Verträgen wurde festgestellt, dass diese zwar möglich sein soll, gleichzeitig aber der Versicherungsgedanke nicht gefährdet werden darf.

Auch im Jahr 2010 richtete der Ausschuss den Blick über die Grenzen und beschäftigte sich einerseits mit der Alterssicherung von Frauen in Europa und andererseits mit der Alterssicherung in Großbritannien:

Über zwei Jahre hatte die GVG im Auftrag der Europäischen Kommission eine Studie zur **Alterssicherung von Frauen in Europa** durchgeführt. Die Projektleiterin der GVG erläuterte im Dezember 2009, dass im Ergebnis festgestellt wurde, dass in der EU ältere

Frauen stärker von Armut betroffen sind als Männer. Die Armutsrate ist im Durchschnitt von 19% im Jahr 1999 (EU 25) im Jahr 2006 auf 21% sogar wieder gestiegen. In vielen Ländern stellt die Rente bis zu 90% des Gesamteinkommens von älteren Frauen dar, die Datenlage erlaubt jedoch keine weitergehenden Schlussfolgerungen zur Bedeutung einzelner Rentenarten. Innerhalb der europäischen Alterssicherungssysteme gibt es ein weites Spektrum an Maßnahmen, die sich auf das Einkommen älterer Frauen auswirken – allgemeine Charakteristika eines Rentensystems, wie Mindestsicherungs- oder Umverteilungsinstrumente sowie Maßnahmen, die speziell darauf abzielen, Rentenunterschiede zwischen Frauen und Männern auszugleichen. Im EU-Vergleich sind die Regelungen im Hinblick auf eine Besserstellung von Frauen (bzw. Kindererziehenden) in den verschiedenen Bereichen der Alterssicherung in Deutschland besonders ausgeprägt. Die Referentin erläuterte, dass Fallstudien für fünf Länder dennoch – auch bei allen Unwägbarkeiten aufgrund des langen Prognosezeitraums und der unterschiedlichen Methoden – die Vermutung nahe legen, dass die geschlechtsspezifischen Rentenunterschiede auch künftig bestehen bleiben oder möglicherweise sogar noch größer werden könnten. Ursächlich ist, dass Frauen in der Regel häufiger Erwerbsunterbrechungen aufweisen als Männer und über niedrigere Gehälter verfügen und zugleich durch die Rentenreformen in den Mitgliedstaaten Leistungen noch stärker an die Beiträge gekoppelt werden und damit existierende Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen stärker widerspiegeln.

In Vorbereitung einer Studienreise, die die GVG für Mitglieder des Ausschusses im November 2010 durchführt, informierte sich der Ausschuss am 22. September 2010 zum System der **Alterssicherung in Großbritannien**. Eine Wissenschaftlerin des Otto-Suhr-Instituts für Politikwissenschaft (FU Berlin) erläuterte das Rentensystem in Großbritannien, das als Prototyp des Beveridge bzw. Mehrsäulenmodells gilt, in seiner Kombination aus *basic pension*, die ca. 15% des Durchschnittseinkommens beträgt und ergänzender einkommensbezogener Renten, die bestimmte Einkommenteile zwischen einer Einkommensunter- und -obergrenze ersetzen. Sie erläuterte, dass Prognosen von einem Absinken des Renteniveaus auf 20% des Durchschnittseinkommens für einen Durchschnittsverdiener ausgehen. Insbesondere die ergänzenden Systeme wurden in den vergangenen Jahrzehnten weit reichend verändert: 1978 mit dem System *SERPS* (State Earnings Related Pension Scheme), 1988 mit den *Personal Pensions* und 2002 mit der Einführung der *Stakeholder-Pensions*. Weil die Verbreitung der Zusatzvorsorge insgesamt dennoch zurückgegangen ist, wurden in den Jahren 2007/2008 weitere Rentenreformen verabschiedet, die u. a. eine Anpassung der *basic pension* an das Lohnwachstum sowie weitere Änderungen bei den Zusatzrenten umfassten. Auch mit der Einführung des neuen Systems *NEST* (National Employment Savings Trust), der eine automatische Beteiligung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vorsieht, soll die Verbreitung der Zusatzrenten weiter gefördert werden.

Im Juli 2010 veröffentlichte die Europäische Kommission das **Grünbuch *Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme*** und lud ein, im Rahmen eines Konsultationsverfahrens bis zum 15. November 2010 einen Katalog von 14 Fragen zu beantworten. Dazu hat sich aus dem Ausschuss *Alterssicherung* der GVG eine Arbeitsgruppe konstituiert und im Rahmen von vier Sitzungen eine Stellungnahme erarbeitet, die zeitgerecht in deutscher und englischer Sprache eingereicht wird. In der Stellungnahme wird u. a. hervorgehoben, dass der Beitrag, den kapitalgedeckte Systeme zur besseren Diversifizierung der Risiken des Gesamtsystems leisten, in erheblichem Maße von ihrer Ausgestaltung abhängt. So sind in Deutschland die öffentliche, die betriebliche und die private Vorsorge weitgehend unbeschadet durch die Krise gekommen, während in einer Reihe von Mitgliedstaaten die Sicherheit der Alterssicherungssysteme durch die Wirtschafts- und Finanzkrise in Schwierigkeiten geraten ist. Neben dem Instrument des Kurzarbeitergelds, das den Arbeitsmarkt stabilisiert und somit

den Anstieg der Arbeitslosigkeit gebremst hat, ist einer der Gründe in der Tatsache zu sehen, dass die gesetzliche Rentenversicherung als die zentrale Säule der Altersvorsorge im Umlageverfahren organisiert ist. Ebenso wichtig war aber auch, dass die in Deutschland geltenden hohen Sicherheitsstandards für kapitalgedeckte Systeme sowie funktionierende Sicherheitsnetze dafür gesorgt haben, dass das Alterssicherungssystem in der Krise nicht beschädigt wurde und das Vertrauen der Bevölkerung in die Alterssicherung weiterhin besteht. Als konstitutierendes Merkmal von Alterssicherung hebt die GVG die Absicherung von biometrischen Risiken, insbesondere die Absicherung der finanziellen Auswirkungen der Langlebigkeit durch eine lebenslange und garantierte Leistung, hervor. Darüber hinaus ist der Inflationsschutz von Leistungen durch die Dynamisierung der Renten ein weiteres wichtiges Kriterium zur Beurteilung von Alterssicherungsprodukten. Aus Sicht der GVG können diese Kriterien im Zusammenspiel von gesetzlicher, betrieblicher und privater Vorsorge in Deutschland erfüllt und darüber hinaus in den einzelnen Säulen weitere wichtige Aspekte berücksichtigt werden. Der Aspekt der *Sicherheit* ist ein übergreifendes Kriterium für alle Säulen. Nur so kann Alterssicherung ihre originäre Funktion, die Absicherung von Einkommen im Alter, glaubwürdig wahrnehmen.

01. Dezember 2009, Berlin
Themen: ***Alterssicherung von Frauen in Europa*** und ***Alterssicherungspolitik in der neuen Legislaturperiode***

Dr. Sabine Horstmann *GVG e.V.*	Alterssicherung von Frauen in Europa. Ergebnisse einer Studie für die Europäische Kommission
Dr. Heinrich Kolb, MdB Peter Weiß, MdB	Alterssicherungspolitik in der neuen Legislaturperiode

09. März 2010, Berlin:
Themen: ***Rentenangleichung Ost-West*** und ***Konsequenzen der Finanzmarktkrise für eine verbrauchergerechte Alterssicherungspolitik***

Bernhard Traut *Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)* Dr. Reinhold Thiede *Deutsche Rentenversicherung Bund*	Rentenangleichung Ost-West
Lars Gatschke *Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.*	Konsequenzen der Finanzmarktkrise für eine verbrauchergerechte Alterssicherungspolitik

19. Mai 2010, Berlin
Interne Sitzung zur Diskussion der weiteren Themenschwerpunkte im Ausschuss sowie zum aktuellen Stand in Fragen der ***Vorsorgeinformation*** der einzelnen Träger.

22. September 2010, Berlin:
Thema: ***Alterssicherung in Großbritannien***

Michaela Willert *Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft, Freie Universität Berlin*	Alterssicherung in Großbritannien

1.2 Ausschuss „EU“

Im Jahr 2009/2010 hat sich der EU-Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Susanne Tiemann mit folgenden Themen befasst:

- Aktuelle Urteile des Europäischen Gerichtshofes und ihre Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme
- verschiedene Fragestellungen im Zusammenhang mit der Finanz- und Wirtschaftskrise und ihren Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme
- Offene Methode der Koordinierung Gesundheit und Langzeitpflege
- Arbeit und Funktionsweise des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses

Im Jahr 2009 hatte der **Europäische Gerichtshof (EuGH)** mehrere **Urteile mit Relevanz für die sozialen Sicherungssysteme** getroffen. Der Ausschuss hatte am 03. Dezember 2009 Gelegenheit, sich über diese Urteile zu informieren und hat in diesem Zusammenhang diskutiert, inwieweit hier Entscheidungslinien erkennbar sind. Eine Zusammenfassung zum Thema veröffentlichte die GVG als Informationsdienst ID 330.

Eine Vertreterin der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)** stellte das Urteil des EuGH in der Rechtssache Kattner gegen Maschinen- und Metallberufsgenossenschaft (AZ C 350/2007) vom 05. März 2009 vor und wies auf die Relevanz auch für andere Bereiche der sozialen Sicherung hin. Dies machte sie vor allem an drei Aspekten fest: Der Bestätigung der Vereinbarkeit der **Pflichtmitgliedschaft** in Einrichtungen wie den Berufsgenossenschaften mit dem Europäischen Wettbewerbs- und Binnenmarktrecht; der EuGH behält sich die Prüfung der Pflichtmitgliedschaft in einem sozialen Sicherungssystem anhand der Dienstleistungsfreiheit vor; die Ausprägung der Solidaritätsmerkmale in dem betroffenen Sozialversicherungssystem ist von zentraler Bedeutung für die Abgrenzung zum Wettbewerbsrecht und der Dienstleistungsfreiheit.

Bei der Entscheidung des EuGH zum **Fremdbesitz für Apotheken** vom 19. Mai 2009 bejahte der EuGH, dass ein nationales Fremdbesitzverbot für Apotheken zulässig ist, da es durch das Ziel gerechtfertigt ist, eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Artikel 152 Abs. 5 EG erlaubt den Mitgliedstaaten, Vorschriften zur Organisation von Gesundheitsdiensten in eigener Zuständigkeit zu erlassen. Der Vertreter der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) führte aus, dass deshalb im Rahmen eines Wertungsspielraums sind auch gerechtfertigte Beschränkungen der Grundfreiheiten zulässig sind. Die Argumente des EuGH zur Rechtfertigung des Fremdbesitzverbots bezogen sich auf das Recht der Mitgliedstaaten präventive Schutzmaßnahmen gegen mögliche Gesundheitsgefahren vorzunehmen, auf den besonderen Charakter von Arzneimitteln sowie die berufliche Unabhängigkeit der Apotheker. Nach Einschätzung des Referenten bedeutet diese Entscheidung einen Paradigmenwechsel in der Rechtsprechung des EuGH, da im Gegensatz zu früheren Entscheidungen weniger die Grundfreiheiten im Fokus stehen, sondern stärker auch die nationalen Rechtstraditionen berücksichtigt werden.

Zum **Vergaberecht im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung** präsentierte ein Vertreter der AOK-Rheinland / Hamburg die Entscheidung des EuGH vom 11. Juni 2009. Die Frage, ob gesetzliche Krankenkassen (für die Anwendung der Vorschriften der Richtlinie 2004/18) als öffentliche Auftraggeber anzusehen sind, bejahte der EuGH aufgrund der Finanzierung durch Mitgliedsbeiträge, die nach öffentlich-rechtlichen Regeln auferlegt, berechnet und erhoben werden. Ferner stellte der EuGH fest, dass wenn ein gemischt öffentlicher Auftrag sowohl Waren als auch Dienstleistungen zum Gegenstand hat, der Wert der einbezogenen Waren und Dienstleistungen das entscheidende Kriterium für die Zuordnung als Liefer- oder Dienstleistungsauftrag ist. Bei Waren, die individuell nach Bedürfnissen der Kunden hergestellt und angepasst werden, ist die Anfertigung der Waren dem Auftragsteil der „Lieferung" zuzuordnen. Und schließlich entschied der EuGH, dass wenn die Erbringung von Dienstleistungen im Verhältnis zur Warenlieferung überwiegt, eine zwischen der gesetzlichen Krankenkasse und einem Wirtschaftsteilnehmer geschlossene Vereinbarung unter den gegebenen Bedingungen als eine „Rahmenvereinbarung" i.S.d. Artikel 1 Abs. 5 der Richtlinie 2004/18 anzusehen ist. Der Referent erläuterte, dass die Beschaffung im Rahmen eines Rahmenvertrages nicht dem EU-Vergaberecht unterliegt.

Ein Vertreter der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) erläuterte schließlich das EuGH-Urteil vom 16. Juli 2009 zu **Sachleistungen der Pflegeversicherung im Ausland**. Der EuGH stellte in dieser Entscheidung fest, dass die Leistungen der vollstationären Pflege der deutschen Pflegeversicherung im Sinne des Gemeinschaftsrechtes Sachleistungen sind, obwohl sie in der Zahlung eines Geldbetrags zur Erstattung der Kosten bestehen. Nach Gemeinschaftsrecht werden Versicherten Sachleistungen im Wohnmitgliedstaat gewährt, wenn die Rechtsvorschriften dieses Staats (hier Österreich) Sachleistungen bei denselben Risiken vorsehen. Wenn also das Recht in Österreich keine Pflegesachleistungen kennt, ist es richtig, dass der zuständige Träger (DAK-Pflegekasse) keine Pflegesachleistungen nach Österreich transferiert. Er führte weiter aus, dass die deutsche Pflegeversicherung in diesem Einzelfall seine Ablehnung der Kostenübernahme auf die nationale Ruhensvorschrift wie § 34 SGB XI stützen kann. Danach ruht der Anspruch auf Leistungen, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Diese nationale Regelung ist europarechtskonform.

Ebenfalls im Rahmen der Sitzung vom 03. Dezember 2009 ging der Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht am Beispiel von vier grundlegenden neueren Entscheidungen des EuGH darauf ein, **inwieweit die Rechtsprechung die Grundlagen der nationalen Sozialsicherungssysteme berührt, und inwieweit damit tatsächlich die Fundamente dieser Systeme betroffen sind**. Er stellte fest, dass der EuGH immer wieder die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Errichtung und Ausgestaltung dieser Systeme betont hat. Die Rechtsprechung des EuGH verläuft jedoch nicht linear. Anhand der sozialrechtlichen Aspekte der Unionsbürgerschaft und der vier Urteile, die Gegenstand der Sitzung waren, stellte der Referent fest, dass die Rechtsprechung des EuGH derzeit offensichtlich von Zurückhaltung geprägt ist, wenn es um die nationalen Sozialsysteme geht und somit die Grundfreiheiten eher der Notwendigkeit einer Rechtfertigung gegenüber stehen bzw. für die Anwendung des Wettbewerbsrechts Ausnahmen getroffen werden.

Im Dezember 2009 verabschiedete der Ausschuss auch die **GVG-Stellungnahme *Offene Methode der Koordinierung Gesundheit und Langzeitpflege***. Sie war im Sommer von einer Arbeitsgruppe des Ausschusses in Aktualisierung der vorangegangenen Stellungnahmen der GVG zur Offenen Methode der Koordinierung (OMK) erarbeitet worden. Gegenstand der Stellungnahme waren vor allem die geplante Quantifizierung der Ziele und die Indikatorenbildung, die beide die aktuelle Vertiefungsdiskussion prägen. Die

Stellungnahme erfolgte im Zusammenhang mit einem Austausch der verantwortlichen deutschen Akteure im Rahmen von zwei Workshops für Wissenschaftler sowie Selbstverwaltung und Ländervertreter, die die GVG im Jahr 2009 gemeinsam mit dem BMG durchgeführt hatte. Sie wurde als Teil einer Publikation zu den aktuellen Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich der Gesundheit und Langzeitpflege (Band 64 der GVG-Schriftenreihe „EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich“) veröffentlicht (s. u. Kapitel 3.2.2).

Die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise und die Rolle der EU waren auch im Jahr 2010 mehrfach Thema im Ausschuss: Im Juni erläuterte ein Fachmann der Deutschen Rentenversicherung Bund die **Ursachen der Wirtschafts- und Finanzkrise in Griechenland und Südeuropa und die Konsequenzen für die EU und den Euroraum**. Er wies anhand verschiedener Vergleichsdaten darauf hin, dass die ungünstigen Entwicklungen in Griechenland rückblickend zwar sehr deutlich werden, eine Einschätzung zu einem früheren Zeitpunkt jedoch aufgrund der wenig ausdifferenzierten Daten schwierig war. So zeigte etwa ein Vergleich der Zins-Spreads des IWF für 10jährige Swapgeschäfte bis 2008 kaum Unterschiede zwischen den nationalen Zinsniveaus. Zwischen 2008 und 2009 fächerten sich dann die Zinsniveaus auf, näherten sich aufgrund der Stabilisierungsmaßnahmen jedoch zunächst wieder an. Erst Anfang 2010 wurden die Länderrisiken neu bewertet, und erst hier zeigten Griechenland und auch Irland eine deutlich negativere Entwicklung als die anderen Staaten. Nach den Erfahrungen in der Krise zielt die EU-Kommission nun auf Verbesserungen bei den Mechanismen im Stabilitäts- und Wachstumspakt. Der Referent erläuterte dazu eine aktuelle Mitteilung der Kommission, die für die künftige Wirtschafts- und Fiskalpolitik vier Schwerpunkte aufzeigt: bessere Einhaltung des Stabilitäts- und Wachstumspaktes, Vertiefung der haushaltspolitischen Koordinierung, Überwachung makroökonomischer Ungleichgewichte und der Entwicklung der Wettbewerbsfähigkeit, Schaffung eines *Europäischen Semesters*. Nach seiner Einschätzung sind jedoch zunächst die grundlegenden Ziele einer Koordination in der Wirtschaftspolitik zu klären: Ist die Zielvorstellung von einem supranationalen Europa (der EU-Mitgliedstaaten oder der Euro-Länder?) oder – wie dies Deutschland präferiert – von einem vorwiegend nationalstaatlich geregelten Europa, das nur in bestimmten Fragen auf europäischer Ebene koordiniert wird, geprägt? Er legte dar, dass die Mitteilung der Kommission hier und hinsichtlich konkreter Mechanismen aus seiner Sicht noch wenig aussagekräftig ist. Eine Koordination müsste in jedem Fall negative Externalitäten auf andere Staaten vermeiden.

Anschließend stellte ein Wissenschaftler der Universität Wien vergleichend die **Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die sozialen Sicherungssysteme in den Mitgliedstaaten der EU** dar. Dieser Vergleich ist auch Gegenstand des *Asisp*-Projektes (Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms in the EU Member States and EFTA/EEA, candidate and pre-candidate countries), das die GVG mit einem Netzwerk von Wissenschaftler(inne)n seit Sommer 2008 für die Europäische Kommission (GD Beschäftigung) durchführt. Der Referent zeigte die große Spannweite in der Entwicklung und der Betroffenheit durch die Krise auf. Neben Griechenland, wo sich die Auswirkungen erst im Jahr 2010 besonders stark zeigten, waren im Jahr 2009 vor allem die baltischen Staaten und Irland sehr stark betroffen. Im Mittelfeld lagen die südeuropäischen Staaten, während die anderen „alten“ EU-Mitgliedstaaten und Polen in vergleichsweise geringem Maße betroffen waren. Zu den Ursachen dieser Unterschiede erläuterte er, dass das Leistungsbilanzdefizit und die breite Vergabe von Privatkrediten vor der Krise einen eindeutigen Zusammenhang bieten. Hier stellte er einen kumulativen Effekt fest, ebenso wie in der Offenheit der Handelsgrenzen: Länder mit starker Einbindung in den internationalen Waren- und Dienstleistungshandel sowie Länder mit einem starken industriellen Sektor wurden stärker getroffen. Auch gering ausgeprägte

automatische Stabilisatoren – im Rahmen des Steuersystems oder sozialer Transfers – zeigten einen ungünstigen Einfluss auf das Wachstum (Baltische Staaten, Bulgarien, Island), während das Wachstum in Staaten mit gut ausgebauten Stabilisatoren (Deutschland, Frankreich, Norwegen) günstiger verlaufen ist. Die Daten zu den aktiven fiskalpolitischen Stabilisierungsprogrammen sind nicht ausreichend aussagekräftig, deuten jedoch ebenfalls darauf hin, dass Staaten ohne umfassende fiskalpolitische Stabilisierung stärker von der Krise betroffen wurden. Auch wies er auf einen möglichen Zusammenhang zwischen den automatischen Stabilisatoren und fiskalpolitischer Stabilisierung hin: Länder mit starken automatischen Stabilisatoren hatten mehr Mittel für Konsolidierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt, während in stark von der Krise betroffenen Ländern weder die automatischen Stabilisatoren noch die fiskalpolitische Stabilisierung stark ausgeprägt war. Annahmen zu den Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme lassen sich aufgrund der Datenlage nur mit Einschränkung treffen: Aktuell ist vor allem eine relative Zunahme der Sozialausgaben festzustellen, da meist infolge eines sinkenden BIP der Anteil der (gleichbleibenden) Sozialausgaben am BIP steigt. Da gerade Staaten mit ohnehin geringen Sozialausgaben und hohen Budgetdefiziten stark von der Krise betroffen sind, führt der hohe Einsparungsdruck bei gleichzeitig ohnehin niedrigen Sozialleistungen dazu, dass sich die europäischen Sozialpolitiken weiter auseinander entwickeln. In diesem Zusammenhang stellte der Referent die Frage nach den Auswirkungen auf die angestrebte Konvergenz der Sozialsysteme.

Dieser vergleichende Blick in einzelne EU-Mitgliedstaaten prägte auch das 12. **GVG-Euroforum** am 20. Oktober 2009, das unter dem Motto ***Sozialschutz in Zeiten der Krise – Berichte aus Europa*** stand. Wissenschaftler/innen aus Deutschland, Griechenland, Italien und Polen analysierten, welche Auswirkungen die Krise auf den Sozialschutz in ihren Ländern hat. Dabei ging es zum einen um die aktuellen Konsolidierungsprogramme in Deutschland, Griechenland und Italien. Vergleiche wurden zur Situation in Polen gezogen, dass bisher keine Rezession zu verzeichnen, aber ebenfalls Konsolidierungsprogramme angekündigt hat. Es wurde deutlich, dass sowohl einzelne Maßnahmen wie auch umfassendere Reformen der Sozialsysteme erfolgen – teilweise wurde die Krise auch als (willkommener) Anlass genommen, längst überfällige und bisher politisch nicht durchsetzbare Maßnahmen zu ergreifen.

Schließlich führt die GVG auch im Jahr 2010 für Mitglieder des EU-Ausschusses eine **Studienreise** durch. Auf Einladung von Dr. Renate Heinisch hatte der Ausschuss im Juli 2010 Gelegenheit, an einer Sitzung der Fachgruppe *Beschäftigung, Sozialfragen, Unionsbürgerschaft* des **Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss** (EWSA) in Brüssel teilzunehmen, wo es u.a. um das Grünbuch *Angemessene und tragfähige Renten* ging. Im Anschluss informierte ein Vertreter des EWSA über Struktur, Funktionsweise und Arbeit des EWSA. Für einzelne Mitglieder der Studiengruppe sowie für den Ausschuss war dabei von besonderem Interesse, welche Möglichkeiten bestehen, inhaltliche Anliegen einzubringen.

03. Dezember 2009, Berlin
Thema: ***Aktuelle Urteile des Europäischen Gerichtshofes und ihre Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme***

Prof. Dr. Ulrich Becker *Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht*	Einführung

Eva-Marie Höffer *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)*	Entscheidung des EuGH zum Monopol der gesetzlichen Unfallversicherung
Lutz Tisch *ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände*	Entscheidung des EuGH zum Fremdbesitzverbot für Apotheken
Christoph Rupprecht *AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse*	Entscheidung des EuGH zum Vergaberecht GKV
Wilfried Westphal *DAK-Deutsche Angestellten-Krankenkasse*	Entscheidung des EuGH zu Sachleistungen der Pflegeversicherung im Ausland

10. Juni 2010, Berlin
Thema: ***Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise***

Markus Sailer *Deutsche Rentenversicherung Bund*	Wirtschafts- und Finanzkrise in Griechenland und Südeuropa – Konsequenzen für die EU und den Euroraum
Marcel Fink *Universität Wien, Institut für Staatswissenschaft*	Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die sozialen Sicherungssysteme in den Mitgliedstaaten der EU – ein Vergleich

20. September 2010, Berlin:
GVG-Euroforum 2010: ***Sozialschutz in Zeiten der Krise – Berichte aus Europa***

Dr. Herbert Rische *Deutsche Rentenversicherung Bund / Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.*	Begrüßung und Einführung
Dr. Platon Tinios *University of Piraeus, Griechenland* Dr. Carlo D'Ippoliti *University of Rome, Italien* Dr. Dariusz Stanko *Warsaw School of Econmomics, Polen* Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer *Friedrich-Schiller-Universität Jena, Deutschland*	Berichte aus den EU-Mitgliedstaaten
Dr. Carlo D'Ippoliti Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer Dr. Dariusz Stanko Dr. Platon Tinios	Podiumsdiskussion Moderation: Prof. Dr. Susanne Tiemann

1.3 Ausschuss „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“

Im Jahr 2009/2010 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Eberhard Wille mit folgenden Themen befasst:

- Reform der Finanzierung der Krankenversicherung
- Zentralisierung / Regionalisierung im Gesundheitswesen

Am 06. Mai 2010 erläuterte Staatssekretär Kapferer die aktuellen Überlegungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur **Reform der Finanzierung der Krankenversicherung**. Als übergreifendes politisches Ziel formulierte er eine wettbewerbliche Orientierung des Systems, sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite, und die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu sichern. Als positive Effekte eines Zusatzbeitrags mit Sozialausgleich benannte er neben einer Stärkung des Wettbewerbs durch besseres Kostenbewusstsein sowie – im Gegensatz zu einem aus Arbeitseinkommen erhobenen Einheitsbeitrag – eine Stärkung der Solidarität, weil nicht nur Arbeitseinkommen herangezogen werden, sowie langfristig die Vermeidung eines Anstiegs der Lohnzusatzkosten. Eine Umstellung sollte zwar zügig, aber schrittweise erfolgen mit einem tragfähigen und gerechten System des Sozialausgleichs. Der Staatssekretär machte zugleich deutlich, dass für eine dauerhafte Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems auch auf der Ausgabenseite nachjustiert werden muss. Dabei ging er als ersten Schritt auf die Begrenzung der Ausgaben für innovative Arzneimittel und in diesem Zusammenhang angestrebte vertragliche Lösungen zwischen Herstellern und Krankenkassen ein, stellte aber zugleich auch Handlungsbedarf bei weiteren Ausgaben fest. Auch hier betonte er die Bedeutung einer wettbewerblichen Orientierung. Die anschließende Diskussion fokussierte zum einen auf die Umsetzung des sozialen Ausgleichs, der möglichst einfach und unbürokratisch organisiert werden müsste. Zum anderen war vor allem die Ermittlung und Höhe des Zusatzbeitrags von Interesse, der differenziert durch die Krankenkassen festgelegt werden sollte, und inwiefern ein Zusatzbeitrag als Instrument des Wettbewerbs funktionieren kann. Darüber hinaus wurden weitere Vorhaben und Entwicklungen diskutiert – zur ärztlichen Vergütung, zur Entwicklung von Selektiv- und Kollektivverträgen im Zusammenspiel mit der Sicherstellung der Versorgung, im Krankenhausbereich und zur Pflegeversicherung.

Im Rahmen ihrer **Mitgliederversammlung 2010** am 02. November 2010 greift die die GVG die Weiterentwicklung im Gesundheitssystem wieder auf. Unter dem Motto ***Gesundheit zukunftsfest gestalten*** wird Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler sprechen und mit Mitgliedern aus Vorstand und Präsidium der GVG diskutieren.

Ein weiteres Thema des Ausschusses waren die **Möglichkeiten der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Gesundheitssystem**. Im Juli 2010 hatte der Ausschuss deshalb Vertreter der Ministerien aus Baden-Württemberg und Sachsen eingeladen, um vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrages, der Vergütungsreform im niedergelassenen Bereich, den Auswirkungen der Strukturverträge sowie aktuellen Vorschlägen zur Regionalisierung die unterschiedlichen Blickwinkel vorzustellen. Darüber hinaus wurden Vertreter einer regional tarifierenden Kassenart und einer bundesweit tarifierenden Kasse um ihre Sicht gebeten, weil sich die Regionalisierung unter diesen Rahmenbedingungen unterschiedlich auswirkt.

Der Vertreter des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren, Baden-Württemberg, erläuterte zunächst die Ausgangslage und ging dann auf gemeinsame Anliegen der Länder wie auch auf unterschiedliche Bewertungen ein. Am 01. Juli

2010 hatten die Länder in der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Beschlüsse für mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten gefasst, um wachsendem politischen Handlungsdruck in den Ländern zu begegnen. So forderten die Länder eine aktuellere Bedarfsplanung unter Beteiligung der Länder im G-BA und an den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und die Schaffung eines neuen, sektorenübergreifenden Gremiums. Sie forderten ferner Vertragskompetenzen, etwa durch Beteiligung ihrer Aufsichtsbehörden an Verträgen mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen. Schließlich hatten die Länder gemeinsam auch Beschlüsse zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung und zu einer Öffnungsklausel von Art. 87 GG gefasst. Unterschiedliche Auffassungen der Länder erläuterte der Referent hinsichtlich der GKV-Finanzierung, der Selektivverträge und der Rechtsaufsicht.

Der Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz bestätigte, dass Einigkeit in der Forderung besteht, dass auf der Ausgabenseite mehr Regionalisierung notwendig sei. Auf der Einnahmeseite lehnte er eine Regionalisierung jedoch ab. Als Begründung führte er an, dass sich die demographische Entwicklung insbesondere in den neuen Ländern stark auswirkt. Dort sei zu befürchten, dass immer weniger Erwerbstätige die Krankheitskosten von immer mehr Rentenempfängern mittragen bzw. alte kranke Menschen in ihrer Region ihre eigenen Krankheitskosten tragen müssten – dies vor dem Hintergrund geringer Durchschnittsentgelte in den neuen Ländern und generell ansteigender Kosten im Gesundheitswesen. Er zeigte dann den Ausgleichsmechanismus des Risikostrukturausgleichs (RSA) auf und begründete damit die Ablehnung eines Systems mit nicht-RSA-relevanten Zusatzbeiträgen. Der Referent stellte abschließend fest, dass aus seiner Sicht nur ein vollständiger Morbi-RSA gleiche Ausgangspositionen der Länder im Wettbewerb sichern und somit Grundlage für eine wünschenswerte Stärkung der regionalen Kompetenzen im Vertragsbereich und bei der Versorgung sicherstellen kann.

Die Vorträge aus den Ländern wurden durch die Perspektive der Krankenkassen ergänzt. Das berechtigte Anliegen der Länder, ihre Verantwortung wahrzunehmen, wurde ergänzt durch die Frage, was unter einer *Region* zu verstehen ist, da auch in den Ländern regional große Unterschiede feststellbar sind. Dementsprechend sind unterschiedliche Versorgungskonzepte auf Ebene der Länder wie auch innerhalb der Länder notwendig. Zum RSA wurden unterschiedliche Ansätze für eine Einbeziehung regionaler Faktoren angesprochen und zugleich angemerkt, dass sich der Ausgleich durch den RSA in seiner Funktion von der Solidarität zwischen den Versicherten in der Sozialversicherung unterscheidet. Zur Frage der Aufsicht bestand Einigkeit, dass die Anliegen der Länder berücksichtigt werden müssen, in welchem Maße und auf welche Weise dies geschehen könnte, wurde von den Referenten jedoch unterschiedlich bewertet. Die Zuständigkeit der Krankenkassen für einzelne Verträge wurde von den Vortragenden betont, auch wenn eine Abstimmung auf Länderebene – sei es bei großen Selektivverträgen oder über Ergebnisse – durchaus denkbar ist.

In der anschließenden Diskussion wurde neben Einzelthemen vor allem die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Diskussion über funktionierende und stimmige Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen sowie über das Zusammenspiel Bund-Länder-Selbstverwaltung besprochen.

06. Mai 2010, Berlin:
Thema: ***Reform der Finanzierung der Krankenversicherung***

Staatssekretär Stefan Kapferer *Bundesministerium für Gesundheit*	Reform der Finanzierung der Krankenversicherung

07. Juli 2010, Berlin:
Thema: ***Zentralisierung / Regionalisierung im Gesundheitswesen***

Manfred Zach *Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg* Gotthard Jensch *Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz*	Möglichkeiten einer Berücksichtigung regionaler Besonderheiten unter den Rahmenbedingungen der vereinheitlichenden Strukturen des Gesundheitssystems
Erwin Dehlinger *AOK-Bundesverband* Andreas Meusch *Techniker Krankenkasse*	Chancen und Herausforderungen für die Krankenkassen

1.4 Ausschuss „eHealth / Telematik im Gesundheitswesen“

Im Jahr 2009/2010 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Dr. Joachim Breuer mit folgenden Themen befasst:

- Telematik in Europa
- Telemedizin in der grenzüberschreitenden Versorgung
- Chancen der Telemedizin
- Ergebnisse der Bestandsaufnahme eGK

Die Aufgabe des GVG-Ausschusses „eHealth / Telematik“ ist es, in der Telematiklandschaft die bewährte Kultur des Konsenses weiter zu pflegen, Ergebnisse in Entscheidungsprozesse einzuspeisen und so zur Akzeptanzbildung gegenüber telematischen Anwendungen beizutragen.

Dazu gehört traditionell auch der Blick über die Grenzen. So hat sich der Ausschuss im November 2009 mit europäischen Fragen beschäftigt, während im September 2010 generell die grenzüberschreitende Versorgung Thema war.

Unter dem Motto „**Telematik in Europa**“ ging es im November 2009 um eHealth-Infrastrukturen in einzelnen europäischen Ländern und Regionen sowie die Entwicklungen auf europäischer Ebene und konkrete europäische Projekte.

So stellte der Geschäftsführer der Empirica GmbH Ergebnisse einer Evaluation erfolgreicher eHealth-Projekte vor, die im Auftrag der EU Kommission erfolgt war. Es ging dabei um die **sozio-ökonomischen Auswirkungen interoperabler elektronischer Patientenakten und Verschreibungssysteme in Europa** auf der Grundlage einer Analyse von 11 Beispielen guter Praxis. Mittels einer Kosten-Nutzen-Analyse der Projekte wurde der Mehrwert des Einsatzes von eHealth-Lösungen analysiert. Neben dem absoluten Mehrwert wurde dabei auch der Nettonutzen für die jeweiligen beteiligten Akteursgruppen (stake holder groups) sowie der generelle sozio-ökonomische Einfluss interoperabler elektronischer Gesundheitssysteme bestimmt. Kosten und Nutzen wurden dabei in monetären Werten erfasst, um vergleichbare Größen zu erreichen. Dies stellte der Referent an zwei Projekten vor: dem *Scottish Emergency Care Summary* (ECS)

Programm, in dem die Arzneimitteldokumentation und die Allergien der schottischen Bevölkerung erfasst sind, zum anderen das andalusische System *Diraya*, ein regionales Informationssystem mit Fokus auf die ambulante und die Arzneimittelversorgung. Der Referent hob hervor, dass im Ergebnis der Nutzen von eHealth-Anwendungen weniger in finanziellen Einsparungen liegt, sondern vielmehr in einer allgemeinen Verbesserung in der medizinischen Versorgung. Einen Vorteil sah er darüber hinaus in der Möglichkeit der Analyse einer aussagekräftigen Anzahl von Patientendaten. Zugleich wies er darauf hin, dass die Kosten des Technikeinsatzes direkt anfallen, während sich der Nutzen zeitverzögert einstellt. Als Empfehlungen formulierte der Referent, dass eine klare Ziel- und Prioritätensetzung sowie der Bezug auf konkrete Bereiche im jeweiligen Gesundheitssystem Grundvoraussetzung ist. Er stellte fest, dass es sinnvoll ist, mit kleinen Modellregionen zu beginnen, weil so zügig eine funktionierende Interoperabilität hergestellt werden kann, die dazu beiträgt, sowohl die Ärzteschaft wie auch die Patient(inn)en vom konkreten Nutzen zu überzeugen. Zudem empfiehlt es sich, die Akteure im Gesundheitsweisen bei allen Entwicklungsschritten des Programms einzubeziehen. Die öffentliche Meinung kann gewonnen werden, indem über die Medien proaktiv über das neue System informiert wird. Gleichzeitig haben die Projekte gezeigt, dass ein langer Atem erforderlich ist: Entwicklungszeiten von bis zu 10 Jahren erfordern eine nachhaltige Finanzierung und ein realistisches Risikomanagement.

Ein Vertreter des BMG erläuterte anschließend den **eHealth Governance-Prozess in Europa**, d.h. Pläne und Maßnahmen zur Umsetzung im Rahmen von *epSOS* (European Patients Smart Open Services) und *Calliope* (Call for Interoperability) sowie den Entwurf der Schlussfolgerungen des EPSCO-Rates (Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucher) am 01. Dezember 2009 zu eHealth. Die Herausforderung ist nach Einschätzung des Referenten, eine großflächige Basisinfrastruktur in Europa zu schaffen. Dabei ist die Interoperabilität der kleinen regionalen Systeme noch zu lösen. Er erinnerte daran, dass im Jahr 2007 die EU-Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission anlässlich der eHealth Conference 2007 in Berlin eine europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der europaweiten elektronischen Gesundheitsdienste vereinbart haben. In einer gemeinsamen Erklärung wurden präzise Definitionen sowie erste Schritte zu einem Umsetzungsplan (Roadmap) für grenzüberschreitende Systeme festgeschrieben. Er benannte die Vorteile einer europaweiten Vernetzung und Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung und stellte zugleich fest, dass die Vernetzung nur auf den bereits bestehenden, nationalen Systemen erfolgen kann bzw. die Präferenzen der Einzelstaaten zu berücksichtigen sind. Für erste Schritte in Richtung einer europäischen grenzüberschreitenden Vernetzung wurden die Instrumente *epSOS* und *CALLIOPE* geschaffen. Der Europäische Rat der Gesundheits- und Sozialminister (EPSCO) misst eHealth große Bedeutung zu und betont deshalb im Entwurf seiner Schlussfolgerungen vom 01. Dezember 2009 die Notwendigkeit der Einbeziehung von eHealth in die nationalen Gesundheitspolitiken und regt die Schaffung eines hochrangigen Gremiums an, um über gemeinsame Arbeitsstrukturen auf der europäischen Ebene laufende Aktivitäten im eHealth-Bereich zu koordinieren, die nationale und grenzüberschreitende Nutzung elektronischer Gesundheitsdienste voranzubringen und Projekte so abzustimmen, dass doppelte Arbeiten vermieden werden.

Ein Fachmann der Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) erläuterte anschließend **Arbeitsweise, Inhalte und Ziele des Projektes *epSOS***. Das Projekt wurde am 01. Juli 2008 mit einer Laufzeit von 36 Monaten aufgelegt und inzwischen um sechs Monate verlängert. Ziel von *epSOS* ist die Sicherstellung der medizinischen Behandlung reisender EU-Bürger durch die Herstellung einer grenzüberschreitendenden Interoperabilität elektronischer Gesundheitsdienste. Dabei soll die Möglichkeit geschaffen werden, im europäischen Ausland elektronische Verschreibungen einzulösen oder die *patient summary*, eine elektronische Patientenakte mit einer knappen

Darstellung der relevanten Patientendaten, abzurufen. Gleichzeitig darf nicht in die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme eingegriffen werden. Aktuell arbeiten im Rahmen von epSOS Gesundheitsministerien und nationale Kompetenzzentren aus 12 EU-Staaten sowie ein Industriekonsortium zusammen. Die Umsetzung von *epSOS* setzt voraus, dass in den teilnehmenden Ländern eHealth-Systeme zumindest im fortgeschrittenen Teststadium vorhanden sind. In der Praxis bestehen jedoch deutliche Unterschiede in der Reife der jeweiligen nationalen Systeme. Eine weitere Herausforderung sind die Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen, Datenschutz und Datensicherheit sowie die Herstellung semantischer und technischer Interoperabilität.
Technisch wird in jedem Land ein *National Contact Point* (NCP) implementiert, der in das jeweilige nationale System eingebettet ist. Die NCP's sind Schnittstellen für den grenzüberschreitenden Datenaustausch zwischen dem Herkunftsland des Patienten und dem Behandlungsland. Die für die Behandlung notwendigen medizinischen Informationen müssen in einer für das medizinische Fachpersonal lesbaren Form vorliegen. Da es zwischen den nationalen Systemen große Unterschiede gibt, stellt die semantische Interoperabilität eine große Herausforderung dar.

Schließlich erläuterte ein Vertreter der European Health Telematics Association (ETHEL) ***CALLIOPE***, ein Projekt zur Schaffung eines **Europäischen Koordinationsnetzwerkes für Interoperabilität im Bereich eHealth**. Während *epSOS* das zentrale eHealth Projekt im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten im europäischen Ausland ist, begleitet *Calliope* diesen Prozess. Die EU-Kommission hatte den EU-Staaten auferlegt, bis Ende 2006 eine gemeinsame Methode der Patientenidentifizierung zu erarbeiten, beispielsweise durch eine Europäische Gesundheitskarte. Ferner müssen die Mitgliedstaaten Standards schaffen, die den Transfer von Gesundheitsdaten ermöglichen. Als Beispiele für die Komplexität der Aufgabe führte der Referent zum einen die Identifikation von Gesundheitspersonal an: Identität und Qualifikationen, Zulassungen und Kompetenzen der behandelnden Person müssen zuverlässig feststellbar sein. Eine ebenfalls nicht einfache Aufgabe ist der grenzüberschreitende Transfer medizinischer Daten. Die digitalisierten Patienteninformationen müssen zugänglich und nutzbar sein, da ein nennenswerter Austausch von Patienten- und Medikamentendaten stattfinden wird. Auch Einnahmeempfehlungen zur Medikamenteneinnahme müssen vereinheitlicht werden. *Calliope* zielt deshalb darauf, als Grundlage solcher Dienste ein Netzwerk zu Regulierungs- und Infrastrukturfragen zu schaffen und eine Roadmap für die Herstellung einer europäischen ehealth Interoperabilität vorzuschlagen. *Calliope* wurde am 01. Juni 2008 mit einer Laufzeit von 30 Monaten aufgesetzt, es beteiligen sich 16 Länder, neben EU-Mitgliedstaaten auch Island, Kroatien und Norwegen. Der Referent erläuterte, dass es für die Mitgliedstaaten aktuell ca. 50 EU-Empfehlungen für Aktivitäten zur Interoperabilität in acht Themenbereichen gibt. Eine Analyse der Umsetzung in den Mitgliedstaaten hat zeigt, dass die Empfehlungen ausreichend umfassend und komplex sind. Der Referent stellte weiter fest, dass für eine Festlegung gemeinsamer Standards eine Vernetzung von Akteuren erforderlich ist. *Calliope* ist in diesem Zusammenhang vorrangig ein Kommunikationsprojekt, dessen Aufgabe es ist, die europäische eHealth-Projektlandschaft transparent zu machen und effizienter zu gestalten. Daran anknüpfend ist *CALLepSO* entstanden als Zusammenarbeit von *Calliope* und *epSOS*. Staaten, die noch nicht in *epSOS* aufgenommen sind, können über *CALLepSO* partizipieren.

Im September 2010 informierte Prof. Dr. Horst Kunhardt zunächst generell über die Möglichkeiten und die Bedeutung **grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung**. Er stellte für den „globalen Gesundheitsmarkt" zunehmend eine Konkurrenzsituation fest, bei der Qualität, Kosten, Vermeidung von Wartezeiten und Verfügbarkeit der Leistung, aber auch touristische Aspekte und Vertraulichkeit / Datenschutz wichtige Faktoren sind. Die Patientenströme lassen sich weltweit aufzeigen, so z.B. aus dem Mittleren Osten nach Europa und den USA, von den USA nach Lateinamerika oder von Afrika nach Asien.

Von den Behandlungen im Ausland entfallen etwa 30-35% auf Notfälle bzw. Akutfälle sowie 25-30% auf im Ausland Berufstätige, aber immerhin auch zwischen 35 und 45% auf aus medizinischen Gründen Reisende. Durch diese Gruppe entsteht ein großer Markt, der von einem Umsatz von US-$ 40 Milliarden in 2004 auf (geschätzte) US-$ 100 Milliarden in 2012 wachsen wird. Deutschland ist nach Einschätzung des Referenten ein attraktiver Standort auch für ausländische Patient(inn)en, da die Kosten im internationalen Vergleich eher im unteren Mittelfeld liegen, während die Qualität der medizinischen Versorgung hohes Niveau hat. Hinzu kommt, dass Deutschland den Patient(inn)en sehr hohe Standards in Datenschutz und Datensicherheit bietet, so dass die ausländischen Besucher von einer vertraulichen Handhabung ihrer persönlichen Gesundheitsdaten ausgehen können. Dennoch ist derzeit die Zahl ausländischer Patient(inn)en (50-70.000) in Deutschland deutlich niedriger als die von Deutschen, die zur Behandlung ins Ausland gehen (300.000). Die ausländischen Patient(inn)en kommen zum größten Teil aus der Türkei, den USA, Russland und den Vereinigten Arabischen Emiraten (VAE). Neben den Vorteilen für ein behandelndes Krankenhaus (Zusatzeinnahmen, Austausch von Ärzten, Behandlung eher seltener Erkrankungen, Export von Managementerfahrung) durch Medizintourismus profitiert aus Sicht des Referenten auch die Wirtschaft einer Region. Dies haben einige Regionen erkannt und entsprechende Kooperationen auf den Weg gebracht.

Ein Vertreter der Techniker Krankenkasse teilte die Einschätzung, dass die grenzüberschreitende Versorgung und der Medizintourismus zwar weiter nur einen kleinen Anteil der medizinischen Versorgung insgesamt darstellen, aber tendenziell deutlich zunehmen. Eine Studie der TK hat dies bestätigt – insbesondere für Bevölkerungsgruppen mit mittleren Einkommen in einem Alter von über 60 Jahren. Ein wichtiger Trend ist dabei die zunehmende Durchführung von medizinischen Vorsorgemaßnahmen und speziell von Kuren im Ausland. Als wichtiges Anliegen bei Behandlungen im Ausland benannte er den Austausch der im Ausland behandelnden Ärzte mit den im Heimatland tätigen Ärzten zur Krankheitsvorgeschichte und zur Nachbehandlung. **eHealth bzw. Telemedizin,** d.h. eine telemedizinische Betreuung oder eine anderweitige informationstechnische Anbindung an das deutsche System der medizinischen Versorgung spielt **in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung** bei Vorsorge- wie auch bei Akut- oder Notfallmaßnahmen nach seiner Einschätzung noch keine relevante Rolle. Dies gilt ebenso für die Beschaffung von Heil- oder Hilfsmitteln und die Durchführung von Zahnbehandlungen im Ausland. Gründe sind die noch wenig entwickelte Infrastruktur für internationale Kooperationen und Zurückhaltung hinsichtlich des Einsatzes der Telemedizin. Er hob abschließend die Bedeutung einer aktiven Rolle der Patientinnen und Patienten, die Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen, hervor, z.B. bei der sehr wichtigen Frage der medizinischen Dokumentation, um eine adäquate Nachbehandlung und dauerhaft erfolgreiche Behandlung sicherstellen zu können.

Für die private Krankenversicherung, Deutsche Krankenversicherung DKV und MunichRe, ist die almeda GmbH Partnerin in der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Ausland. Der Referent stellte das Angebot und die Erfahrungen der Betreuung der Versicherungskunden vor, die sich eine durchgehende Komplettbetreuung unabhängig von Lebensumständen und Aufenthaltsort wünschen. Oft sind dies Geschäftsleute, die sich im internationalen Umfeld bewegen. Zentrale Instrumente zur Unterstützung der Kunden sind 24-Stunden-Hotlines und internationale Netzwerke, wo medizinisches Fachpersonal als Ansprechpartner für die Versicherten zur Verfügung steht. Weitere Bestandteile des Angebotes sind Gesundheitsprogramme und Versorgungsmanagement, Medizinische Unterstützung und Reiseservices. Im Bereich der Telemedizin wird das Telecoaching sowie unterstützendes Telemonitoring angeboten. Hinzu kommen telemedizinische Anwendungen, wie Telekonsil oder Teleausbildung für Leistungserbringer, aber auch Telechirurgie. Zentrales Instrument der Betreuung ist das Tele-

coaching, das weltweit durchgeführt werden kann. Als Beispiel stellte der Referent ein telemedizinisches Pilotprogramm zur Betreuung von Patienten mit Diabetes Typ 2 in Abu Dhabi vor.

Aus Sicht eines Vertreters der German Health Services wächst gerade in der grenzüberschreitenden Versorgung die Bedeutung der Information besonders stark. Dabei spielen telematische und telemedizinische Anwendungen eine große Rolle für die Kontinuität der Versorgung im Heimatland und im Ausland, die Dokumentation und auch die administrative Abwicklung. Für die Patient(inn)en steht die Frage im Vordergrund, welches die beste Option für die Behandlung ihrer Erkrankung ist sowie in der Folge organisatorische Aufgaben (Reiseplanung), eine gute Vorbereitung auf den sprachlichen und kulturellen Kontext sowie der Umgang mit fremden Prozessen und Abläufen. Dabei kommt neben der gezielten Ansprache möglicher ausländischer Kunden, dem Austausch zwischen Patientinnen und Patienten durch Patientenportale wachsende Bedeutung zu. Der Referent stellte einige dieser Portale vor und verwies aus seiner Erfahrung auf weitergehenden Unterstützungsbedarf, dem German Health Services mit Angeboten begegnet.

Zur Frage der **Qualität in der grenzüberschreitenden telemedizinischen Gesundheitsversorgung** – einer von vielen Fragestellungen, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung im Ausland stellen – erläuterte ein Fachmann der German Healthcare Consulting, dass Deutschland im internationalen Wettbewerb aufgrund der Qualität der Versorgung und der sehr wettbewerbsfähigen Kosten gut gerüstet ist. Als Qualitätskriterien kommen die Kosten im Verhältnis zum langfristigen Behandlungserfolg, die Qualifizierung des Personals, die Patientensicherheit, Datenschutz sowie auch kulturelle Aspekte in Frage. Allerdings stellt sich die Frage, wie interessierte Patientinnen und Patienten die tatsächliche Qualität im Gegensatz zu werbender Information bewerten können. Der Referent stellte vor diesem Hintergrund die Möglichkeiten verschiedener Qualitätsmanagementsysteme vor.

Auch im April 2010 war *Telemedizin* Thema im Ausschuss. Zum einen erläuterte ein Vertreter der GVG Möglichkeiten der Begriffsbestimmung und Kategorienbildung und zum anderen stellte der Direktor der Klinik für Innere Medizin / Kardiologie des Deutschen Herzzentrums das Projekt *CardioBBeat* vor. Daran schloss sich eine Diskussion mit einer Vertreterin der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) an.

Zur **Begriffsbestimmung *Telemedizin*** erläuterte der Referent verschiedene Ansätze der EU-Kommission und machte deutlich, dass es sich um einen sehr heterogenen Bereich handelt und dass neben inhaltlichen auch juristische Aspekte zu klären sind – umso mehr, wenn es um grenzüberschreitende Fragen geht. Er merkte an, dass deshalb ggf. fallspezifische Richtlinien für die elektronische Kommunikation zwischen Arzt und Patient sinnvoller sein können. Aber auch hinsichtlich der Abrechnung telemedizinischer Leistungen ist aus Sicht des Referenten eine Präzisierung des Begriffs auf spezifische Anwendungsbereiche geboten. Als grundsätzliche Definition für Telemedizin schlug der Referent *medizinisches Handeln zugunsten eines Patienten unter Einsatz von Telekommunikation zur Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz* vor. Zusammenfassend stellte der Referent fest, dass die Telemedizin einen unscharfen Oberbegriff darstellt und daher jeweils mit Bezug auf eine konkrete Anwendung betrachtet werden sollte.

Unter dem Titel ***CardioBBeat* Projekt: Kosteneffektivität durch Telemedizin** stellte der Direktor der Klinik für Innere Medizin / Kardiologie des Deutschen Herzzentrums Berlin eine regional angelegte gesundheitsökonomische Studie zur Kosteneffektivität von Telemedizin vor. Er stellte fest, dass in Deutschland mit seiner flächendeckend guten

Infrastruktur der medizinischen Versorgung Telemedizin meist ergänzend zur klassischen Betreuung von Patienten eingesetzt wird. Im Rahmen von *CardioBBeat* wird analysiert, ob die telemedizinische Betreuung an Herzinsuffizienz leidender Patienten den gesundheitlichen Zustand langfristig stabilisiert und ihre Lebensqualität erhöht. Das Projekt wird mit 1.000 Patienten als zweiarmige, prospektive, randomisierte Studie im Raum Berlin und Brandenburg über einen Zeitraum von 38 Monaten durchgeführt (März 2009 bis April 2012) durchgeführt. Ziele sind die Entwicklung von Methoden zur gesundheitsökonomischen Analyse von Diagnose- und Behandlungsverfahren, die Verbesserung der Früherkennung, der medizinischen Versorgung und der Lebensqualität chronisch Kranker sowie eine Prüfung der Kosteneffektivität neuer medizinischer Versorgungskonzepte. Das Projekt untersucht, ob sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe signifikant unterscheidet, um entsprechende Schlüsse hinsichtlich der Kosteneffektivität ziehen zu können.

Anschließend diskutierten die Referenten sowie eine Vertreterin der DAK, die ebenfalls an der Studie beteiligt ist. Sie stellte fest, dass die Diskussion um den Einsatz von Telemedizin grundsätzlich von zwei Fragen bestimmt wird: Der Frage nach dem potentiellen Mehrwert durch verbesserte Betreuung und Lebensqualität der Patienten und Patientinnen sowie der Frage nach den Kosten. Beide Gesichtspunkte sind aus Krankenkassensicht relevant. Darüber hinaus hob sie auch den potentiellen Nutzen von telemedizinischen Anwendungen in versorgungsschwachen Regionen hervor. Im Ausschuss bestand Einigkeit, dass telemedizinische Anwendungen einen Mehrwert bieten können. Konventionelle Medizin und Telemedizin sind deshalb auch keine Gegensätze, vielmehr ergänzen sich beide Formen der Versorgung. Zugleich wurde darauf hingewiesen, dass die Zunahme an virtuellen Kooperationsformen bzw. Telemedizin dazu beiträgt, die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren durchlässiger zu machen. Besprochen wurde auch die Frage der Vergütung sowie der Akzeptanz durch die Patientinnen und Patienten wie auch durch die Ärzteschaft. Die Frage, ob die Bedeutung von Telemedizin künftig zunehmen wird, wurde von allen Diskutanten bejaht aufgrund des allgemeinen gesellschaftlichen Trends zu mehr Technikeinsatz, des Nutzen- und Kosteneffizienzpotenzials sowie unter Gesichtspunkten der Qualität.

Ebenfalls im April 2010 stellte ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes die Ergebnisse der **Bestandsaufnahm**e für den Aufbau der Telematikinfrastruktur und der Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** vor. Er erläuterte, dass die Bestandsaufnahme zum Geschäftsmodell und den Organisationsstrukturen der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) im Koalitionsvertrag beschlossen wurde. Ziel der folgenden Verhandlungen zwischen den beteiligten Gesellschaftern war eine neue Aufgabenverteilung bei den geplanten Anwendungen mit klarer Durchführungsverantwortung. Im Ergebnis hatte die Gesellschafterversammlung der gematik am Vortag konkrete Vorschläge zu Projektstruktur und Entscheidungsfindung, zur Telematikinfrastruktur, zu Fachanwendungen, IT-Lösungen und der Fortführung des Basis-Rollout gemacht, die der Referent im einzelnen erläuterte.

20. November 2009, Berlin:
Thema: ***Telematik in Europa***

Dr. Sibylle Angele *GVG e.V.*	First Southeast European Network Conference am 03. und 04. September 2009 in Sarajevo
Dr. Karl Stroetmann *Empirica Gesellschaft für Kommunikation und Technologieforschung mbH*	Implementierung nachhaltiger eHealth-Infrastrukturen in europäischen Ländern und Regionen – Erfolgsbeispiele und Erfahrungen

Erwin Barthels *Bundesministerium für Gesundheit*	eHealth Governance-Prozess in Europe
Thorsten Hentzelt *Gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH*	*epSOS* – Smart Open Services for European Patients: Stand und Entwicklung
Dr. Stefan Schug *IQmed Beratung für Information und Qualität im Gesundheitswesen*	eHealth als Teil der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der EU: *CALLIOPE* und andere Interoperabilitätsprojekte

20. April 2010, Berlin:
Thema: ***Chancen der Telemedizin*** und ***Ergebnisse der Bestandsaufnahme eGK***

Reinhold Mainz *GVG e.V.*	*Telemedizin* – Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung und Kategorienbildung
Prof. Dr. Eckart Fleck *Deutsches Herzzentrum Berlin*	*CardioBBeat* Projekt: Kosteneffektivität durch Telemedizin
Maren Beelitz *DAK-Deutsche Angestellten-Krankenkasse* Prof. Dr. Eckart Fleck *Deutsches Herzzentrum Berlin* Reinhold Mainz *GVG e.V.*	Qualitätsoptimierung und Kosteneffektivität durch Telemedizin – Stellungnahme ausgewählter Akteure im Gesundheitswesen
Rainer Höfer *GKV-Spitzenverband*	Sachstandsbericht: Ergebnisse der Bestandsaufnahme eGK

28. September 2010, Berlin:
Thema: ***Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung***

Prof. Dr. Horst Kunhardt *Hochschule Deggendorf*“	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
Helmut Heckenstaller *Techniker Krankenkasse* Michael P. Blasius *Almeda GmbH* Dr. Christian Seebode *German Health Services*	eHealth/Telemedizin in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
Dr. med. Robert Gerl *German Healthcare Consulting*	Qualität in der grenzüberschreitenden telemedizinischen Gesundheitsversorgung.

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

Vom 14. bis 15. September 2010 fand in Hannover die ***eHealth Conference 2010*** unter dem Motto *Telematik bringt mehrWERT* statt. Diese sechste eHealth Konferenz wurde 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**

Die *eHealth Conference 2010* war Zwischenbilanz auf dem Weg zur Implementierung flächendeckender Anwendungen der Gesundheitstelematik in Deutschland und wurde als solche mit einem Ausblick auf die nächsten Implementierungsschritte und die so genannten Mehrwertanwendungen verbunden.

Ziel der *eHealth Conference 2010* war es, das Verständnis, den Konsens und die Akzeptanz für sinnvolle (Mehrwert-)Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnik im Gesundheitswesen zu fördern und so die Trägerorganisationen des deutschen Gesundheitssystems in ihrem Bemühen zu unterstützen, Qualität, Effizienz und Akzeptanz der Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern.

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, wurde auch 2010 fortgesetzt:

An Tag eins der Konferenz fanden neben Grundsatzbeiträgen von Politik und Selbstverwaltung hochrangig besetzte Diskussionen mit Vertretern aus Wissenschaft, Industrie und von Patientenseite statt. An Tag zwei ging es in vier parallelen Themensträngen darum, Mehrwertanwendungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln vorzustellen und zu diskutieren. Auch besonders gelungener Implementierungsbeispiele aus anderen EU-Ländern wurden in die Konferenz integriert. Ausgewählte Präsentationen zeigten, wie patienten- und bürgerbezogene Anwendungen nützlicher Technik in unterschiedlichsten Lebensbereichen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen können.

In einer parallel stattfindenden Projektausstellung wurden Anwendungen *zum Anfassen* vorgestellt, aus dem Gastgeberland Niedersachsen ebenso wie aus anderen Teilen Deutschlands. Gemein war diesen Projekten ihr Potenzial zur flächendeckenden und sektorenübergreifenden Implementierung.

Im Rahmen der *eHealth Conference 2010* fand am 14. September 2010 die TeleTrusT-Vorkonferenz statt. Sie beleuchtete die strategischen Ansätze und strukturellen Herausforderungen der praktischen Online-Anbindung für die Gesundheitstelematik.

In Fortsetzung der erfolgreichen eHealth- Konferenzreihe zielte die GVG auf einen kompakten Erfahrungsaustausch der Planer, Entscheider und Nutzer. Für diesen Kreis bot sich die Möglichkeit, mit Fachleuten aus unterschiedlichsten Bereichen zu diskutieren.

Diese sechste eHealth Konferenz wurde 2010 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. getragen. Die *eHealth Conference 2010* wurde insgesamt von 250 Personen besucht.

Mit ihren Telematik-Konferenzen hat die GVG somit die zentrale Kommunikationsplattform etabliert und die zwingend notwendige Akzeptanz für das Gesamtprojekt bei allen Beteiligten befördert. Zu allen relevanten Veranstaltungen liegen Veröffentlichungen vor, die den jeweiligen Stand der Diskussion dokumentieren.[1] Die Publikation zur *eHealth Conference 2010* wird im ersten Quartal 2011 im GVG Verlag erscheinen.

[1] 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.

1.5 Ausschuss „Pflege / Rehabilitation“

Im Jahr 2009/2010 hat sich der Ausschuss unter Vorsitz von Prof. Dr. Herbert Rebscher mit folgenden Themen befasst:

- geriatrische Rehabilitation und Pflege
- institutionelle und personelle Ressourcen in der Pflege
- Chancen und Nutzen der medizinischen Rehabilitation

Im November 2009 beschäftigte sich der Ausschuss mit den Potenzialen geriatrischer Rehabilitation und der Frage, wie das Konzept „Rehabilitation zur Pflege bzw. Rehabilitation in der Pflege“ greift.

Eine Wissenschaftlerin des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin stellt unter der Überschrift „**Potenziale der geriatrischen Rehabilitation**“ Konzepte und Fakten zur geriatrischen Rehabilitation vor. Sie erläuterte, dass sich angesichts einer alternden Bevölkerung in den kommenden Jahren verstärkter Bedarf an spezifischen Angeboten der Rehabilitation und Pflege für ältere Menschen ergibt und der Prävention zur Verhinderung von chronischer Krankheit sowie der Tertiärprävention in Form von Rehabilitation eine große Bedeutung zukommt. Sie konstatierte, dass geriatrische Rehabilitation überwiegend erfolgreich ist und die Alltagskompetenz von Senioren wirksam und nachhaltig stärken kann. Als Besonderheit der geriatrischen Rehabilitation stellte sie die Vulnerabilität der Patient(inn)en fest, die besondere Konzepte erforderlich machen. Einschränkungen in der Rehabilitationsfähigkeit sollten im Rahmen eines geriatrischen Assessments geprüft werden. Anhand einer Studie erläuterte sie als Voraussetzung einer guten geriatrischen Rehabilitation die Anwendung eines ganzheitlichen Ansatzes durch ein multiprofessionelles Team, eine objektive Bewertung der Wohnsituation (wohnortnahe Rehabilitation), Kenntnisse über den individuellen sozialen Kontext sowie dessen Berücksichtigung und ggf. die Einbeziehung der Angehörigen und des Hausarztes. Schließlich muss eine Nachbetreuung in Form einer ambulanten Rehabilitation oder weiterführender therapeutischer Maßnahmen gewährleistet sein. Als Grundlage hierfür sind aus ihrer Sicht vernetzte Strukturen notwendig.

Ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes erläuterte anschließend **Geriatrische Rehabilitation und Aktivierung** als Herausforderung für Krankenkassen und Pflege-Leistungserbringer. Er erläuterte in diesem Zusammenhang das Prinzip *Reha vor Pflege* in den Sozialgesetzbüchern SGB V, SGB IX und SGB XI und die daraus resultierenden Verantwortungen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Leistungserbringer. Mit Konzepten und Arbeitshilfen wurde in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 1995 eine Grundlage für den Aufbau von Strukturen in der geriatrischen Rehabilitation geschaffen, die derzeit umgesetzt wird. Als neue Form der Rehabilitation bietet die mobile Rehabilitation darüber hinaus die Möglichkeit, geriatrische Rehabilitation im häuslichen Umfeld wie auch in einer Pflegeinrichtung anzubieten. Gleichzeitig stellte der Referent fest, dass die Verantwortung für Rehabilitation bei verschiedenen Trägern liegt und die GKV für Rehabilitanden, die nicht im Erwerbsleben stehen, d.h. Kinder und Jugendliche oder ältere Versicherte, zuständig ist. 80% der Antragssteller(innen) sind deshalb 65 Jahre oder älter und damit besonders vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit bedroht. Das Hauptziel ist deshalb, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Geeignet ist hierfür aus seiner Sicht nicht eine ausschließliche Orientierung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern ein umfassender Ansatz, der sich am individuellen Bedarf sowie der Motivation des Patienten /der Patientin orientiert. Er plädierte in diesem Zusammenhang für die gemeinsame Entwicklung qualitätsgesicherter Instrumente, durch die individuell geeignete Versorgungspfade aufgezeigt werden könnten.

Pflegebedürftigkeit vermeiden – Finanzausgleich weiterentwickeln: Der Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) erläuterte die Notwendigkeit, Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden. Aus seiner Sicht bestehen derzeit für die Krankenkassen an der Schnittstelle zu den Pflegekassen dazu nicht ausreichend Anreize, weshalb er für einen verbesserten Finanzausgleich zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung plädierte. Er stellte eine aktuelle Studie im Auftrag des BDPK vor, die einen maßnahmen- und einen output-orientierten Ansatz. Der maßnahmen-orientierte Ansatz zielt auf einen Ausgleich der Einsparungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) durch bestimmte Maßnahmen der GKV. Im output-orientierten Ansatz hingegen würden der GKV die Kosten für eine die Pflegebedürftigkeit vermeidende Maßnahme erstattet.

Der Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) ging anschließend auf die **Rolle der geriatrischen Rehabilitation in der ambulanten und stationären Altenpflege** ein. Er konstatierte einen großen Bedarf an einer Erhebung des Reha-Potenzials der derzeit 2,2 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland, von denen 60-80% geriatrische Patient(inn)en sind. Nach seiner Einschätzung steht für die ambulante wie auch für die stationäre Pflege einem hohen Bedarf an geriatrischer Rehabilitation eine geringe Dichte von Angeboten und Leistungen gegenüber. Auch er ging in diesem Zusammenhang auf die Schnittstellenfrage zwischen GKV und GPV ein. Darüber hinaus wies er auf eine unscharfe Abgrenzung zwischen Rehabilitation und aktivierender Pflege hin, die aus verschiedenen Gründen dazu führen kann, dass der vom Gesetzgeber garantierte Anspruch auf *Reha vor Pflege* nicht umgesetzt wird. Aus seiner Sicht kann und soll die aktivierende Pflege auf den Erhalt der in der geriatrischen Rehabilitation erreichten Erfolge ausgerichtet sein. Für die Umsetzung des Anspruchs *Reha vor Pflege* stellte er Handlungsbedarf fest.

Abschließend erläuterte ein Vertreter des Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) die **praktische Umsetzung und die Perspektiven des Grundsatzes „Reha vor der Pflege“** und verwies einleitend auf den Auftrag in § 18 (1) SGB XI, Pflegebedürftigkeit durch jegliche geeignete Maßnahme – einschließlich Rehabilitation – zu vermindern oder zu verhindern. Dabei sind Maßnahmen zu ergreifen, die notwendig, geeignet und zumutbar sind. Er legte dar, dass es dafür ein gestuftes Leistungsangebot aus aktivierender Pflege, nicht-komplexer Maßnahmen wie Heilmittel- und vertragsärztlicher Versorgung sowie komplexer Maßnahmen gibt, die zwar nicht unter § 40 SGB V fallen, jedoch Bestandteil der ambulanten Versorgung und als Übergang zu den komplexen Maßnahmen der Rehabilitation *Zwischenformen* sind. Er erläuterte dann die geriatrische Rehabilitation im Kontext der Rehabilitation im Sinne einer komplexen, interdisziplinären Leistung und stellte fest, dass klare und abgestufte Voraussetzungen definiert sind, die niedrigschwelliger als für die allgemeine Rehabilitation sind. Die Versorgungsstrukturen weisen deutliche Unterschiede in den Ländern auf. Die Akteure im Rehageschehen sind an ein Versorgungsmanagement gebunden, das sich an inhaltlichen Zielen wie dem Ziel der Teilhabe orientieren. Die Bedarfsprüfung erfolgt individuell, die Bewilligung von Maßnahmen differenziert. Weiterentwicklungsbedarf stellte der Referent fest hinsichtlich einer noch klareren, zielorientierten Differenzierung der Angebote insbesondere im niedrigschwelligen Bereich, der Einbeziehung von Kontextfaktoren und der Sicherung eines Rehabilitations-Erfolges. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs sollte nach ICF erfolgen.

Im März 2010 analysierte der Ausschuss angesichts prognostiziertem steigendem Pflegebedarf unter dem Motto „**Wer pflegt wen?**“ die institutionellen und personellen Ressourcen in der Pflege.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen, stellte Ergebnisse der Studie "Pflegeberufe sind besser als ihr Ruf" vor und erläuterte **Status quo und Entwicklung der Pflegesituation** in Deutschland. Er stellte fest, dass die Pflegebedürftigkeit bzw. das Pflegerisiko in Deutschland kontinuierlich zunimmt. Ein überproportionales Anwachsen des Anteils ausländischer Senioren sowie ein deutlicher Trend zur Singularisierung der Haushalte erhöhen die Anforderungen an die Pflege. Dem gegenüber ist das Pflegepotenzial rückläufig. In der Konsequenz zeichnet sich deshalb nach Einschätzung des Referenten ein erhebliches Pflegedefizit ab. Als Trend stellte er fest, dass in den vergangenen Jahren die Anzahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern abnimmt, während sie in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege in deutlich höherem Maße zunimmt. Auch die Zahl der Auszubildenden, der Umschüler/innen und auch der Ausbildungsplätze ist rückläufig. Als Gründe benannte der Referent ein nach Einschätzung der Pflegenden schlechtes Image des Berufsfeldes, das häufig auf Informationsmangel zurückzuführen ist. Praktische Erfahrung baut hingegen offensichtlich Vorbehalte ab. In Kombination mit einer Alterung der Belegschaften in Pflegeeinrichtungen kumulieren diese Entwicklungen zu einem deutlichen Fachkräftemangel im Pflegebereich. Abschließend ging der Referent auf die Professionalisierung der Pflegeberufe ein und stellte zwei Trends fest: eine Verwissenschaftlichung und ein Teilzeit- und Niedriglohnberufsfeld mit kurzen Ausbildungszeiten. Eine mögliche Ausdifferenzierung des Berufsbildes innerhalb der klassischen Pflege durch Einbezug neuer Handlungsfelder findet nach seiner Einschätzung bisher noch nicht in erheblichem Maße statt. Abschließend forderte er eine Gesamtstrategie, das zu erwartende Pflegedefizit einzudämmen. Besondere Bedeutung maß er dabei der Qualifikation der Pflegeberufe zu, aber auch Prävention, familienfreundliche Pflegemodelle und Technikeinsatz sind einzubeziehen.

Als **Bericht aus der Praxis** schilderte der geschäftsführender Gesellschafter eines Seniorenzentrums **Erfahrungen bei der Personalausbildung, -rekrutierung und -erhaltung** die Erwartungen, die die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Einrichtungsleitung an die Pflegekräfte stellen sowie die Qualitätsanforderungen. Zugleich stellte er ein Imageproblem des Berufes fest. Aus Sicht des Referenten muss der Pflegeberuf deshalb deutlich attraktiver werden, um diejenigen Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen, die später als beziehungsfähiges, professionelles und gut ausgebildetes Pflegepersonal zum Einsatz kommen. Als förderliche Bedingungen formulierte er eine klar strukturierte Ausbildung, gute Personalführung, ideelle und materielle Anerkennung. Zur Herstellung dieser Bedingungen müssten die verschiedenen verantwortlichen Akteure mitwirken. Konkrete Vorschläge beinhalten Maßnahmen von gezielter Öffentlichkeitsarbeit bis zu einer Umlagefinanzierung von Ausbildungsplätzen. Abschließend plädierte der Referent für die Beibehaltung einer eigenständigen Altenpflegeausbildung und ein duales, pluralistisches Ausbildungssystem.

Eine Vertreterin der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ging auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege ein und stellte den aktuellen Erkenntnisstand aus dem Projekt ***Älter werden in der Kranken- und Altenpflege*** vor. Sie berichtete, dass die aktuelle Situation in der Pflege von einer zunehmenden Arbeitsbelastung durch Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und psychische sowie physische Belastungen, von arbeitsorganisatorischen Veränderungen infolge neuer und höherer Anforderungen sowie durch demografische Veränderungen in der Patient(inn)enstruktur, dem Pflegenachwuchs und alternden Belegschaften gekennzeichnet ist. Ziel des Projektes, das Oktober 2008 bis September 2010 durchgeführt wird, ist die Entwicklung und Erprobung demografiefester Handlungsstrategien in Pflegeeinrichtungen. In einer vorangehenden Bedarfsstudie war durch telefonische Befragung ermittelt worden, dass die Rekrutierung qualifizierten und erfahrenen Personals und das hohe Durchschnittsalter der Belegschaften die größten Herausforderungen darstellen. Für das Projekt *Älter werden in der Pflege* wurden sechs Einrichtungen (Altenpflege, Pflegedienste, Krankenhäuser)

unterschiedlicher Größe, Trägerschaft und lokaler Verortung untersucht. Nach organisatorischen Vorgesprächen wurde jeweils ein Betriebs-Check durchgeführt, bei dem die aktuelle Personalstruktur sowie die vordringlichsten Belastungen im Arbeitsalltag identifiziert wurden. Im Rahmen eines Strategie-Workshops wurde dann der einrichtungsspezifische Handlungsbedarf ermittelt und ein Handlungskonzept mit passenden Maßnahmen erarbeitet. Diese Maßnahmen wurden in Form von themenbezogenen Mitarbeiterworkshops in den Einrichtungen umgesetzt. Für eine nachhaltige Verbesserung werden geeignete Anschlussmaßnahmen implementiert. In der Umsetzung kommen sowohl kurzfristige als auch langfristige Maßnahmen der Entlastung zum Einsatz. Die Ergebnisse des Projektes sind als Handlungsleitfäden und Forschungsband erhältlich.

Unter der Überschrift ***zukünftige Personal-Situation in der Pflege – eine Herausforderung für die Politik*** stellte die zuständige Referatsleiterin aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ) im Zusammenhang mit der Ausbildung und dem Berufsverlauf in der Altenpflege Ziele und Maßnahmevorhaben auf Bundesebene vor. Dabei machte sie deutlich, dass die Dynamik der Entwicklungen auch Chancen für eine neue Personalkultur in der Pflege bietet: für den Arbeitsmarkt kann sich der Pflegebereich als Jobmotor erweisen, gesellschaftlich steht eine gut abgesicherte Pflege als Zeichen für sozialen Zusammenhalt. Sie erläuterte die Besonderheiten des Beschäftigungsfeldes der Altenpflege – sie wird eher als Frauenberuf betrachtet, ist kein Trend-Beruf und weist ein schwach ausgeprägtes berufliches Selbstverständnis auf. Die Ausbildung fällt nicht unter das Berufsbildungsgesetz (BBiG), die Berufsverläufe weisen häufig lange Unterbrechungszeiten auf, die beruflichen Rahmenbedingungen sind schwierig, die Unternehmensstruktur ist vorwiegend durch kleine und mittlere Unternehmen gekennzeichnet. Die Referentin erläuterte im Folgenden konkrete Maßnahmen auf bundespolitischer Ebene, die an einigen dieser Punkte ansetzen und die Weiterentwicklung der Ausbildung, die Stärkung der Personal- und Bildungsressourcen sowie die Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen für Pflegekräfte betreffen. Sie stellte fest, dass somit bereits eine Vielzahl von Lösungskonzepten für die unterschiedlichsten Problemfelder vorliegt und es entscheidend ist, die Umsetzung sicherzustellen.

In der anschließenden Diskussion hat der Ausschuss *Pflege / Rehabilitation* der GVG beschlossen, weiter zu diesem Thema zu arbeiten und eine **Arbeitsgruppe zu *Situation und Bedarfen in den Pflegeberufen*** einzurichten. Diese Arbeitsgruppe aus dem Ausschuss hat sich im Juni 2010 konstituiert und bisher zweimal getroffen. Die Arbeitsgruppe will gemeinsam die Rahmenbedingungen der Pflege aufzeigen und Strategien entwickeln, die aus Sicht der in der GVG vertretenen Institutionen geeignet sind, dem erwarteten Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen.

Ebenfalls aus dem Ausschuss hatte sich Anfang 2009 eine **Arbeitsgruppe** konstituiert, um **Stand und Perspektive der Rehabilitation** zu analysieren. Diese Arbeitsgruppe hat sich mehrfach getroffen und als Ergebnis die Veröffentlichung *Die medizinische Rehabilitation. Ein Überblick* vorgelegt, die am 12. Oktober 2010 der Öffentlichkeit im Rahmen der **Konferenz *Chancen und Nutzen der medizinischen Rehabilitation*** vorgestellt wurde.

Arbeitsgruppe „Rehabilitation“

Chancen und Nutzen der medizinischen Rehabilitation

Deutschland verfügt über ein europaweit beispielhaftes und effektives Rehabilitationssystem. Als wesentlicher Baustein sozialer Sicherung ist es auch ein positiver Standortfaktor unseres Landes.

Die Rehabilitation trägt dazu bei, dass chronisch kranke, behinderte und von chronischer Krankheit und Behinderung bedrohte Menschen in Alltag, Familie und Beruf selbstbestimmt, gleichberechtigt und eigenverantwortlich leben können. Mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe bietet sie den Betroffenen in jeder Lebenssituation passende Angebote:

- Bereits Kinder und Jugendliche leiden heute zunehmend an chronischen Erkrankungen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sichern die Chancen betroffener Kinder und Jugendlicher, indem sie ihnen helfen, die Folgen einer Erkrankung besser bewältigen zu können.
- Bei Erwachsenen beeinflussen längere oder schwerwiegendere Erkrankungen die Möglichkeiten, am sozialen Leben teilzunehmen, für ihre Familie zu sorgen oder ihren Beruf auszuüben. Rehabilitationsleistungen bessern Funktionsdefizite und können die Rückkehr in Alltag und Beruf wieder ermöglichen.
- Unfallverletzungen oder chronische Erkrankungen können bei Menschen im Erwerbsleben deren wirtschaftliche Lebensgrundlage bedrohen. Rehabilitation unterstützt bei der Bewältigung der Unfall- oder Krankheitsfolgen und der Eingliederung ins Erwerbsleben.
- Ältere Menschen wollen so lange wie möglich ihr Leben eigenverantwortlich in ihrem vertrauten Umfeld gestalten. Rehabilitation kann den Gesundheitszustand bessern und den Eintritt dauerhafter Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest hinauszögern.

Der Nutzen der medizinischen Rehabilitation geht zugleich weit über den unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen hinaus: Für die Leistungsträger bedeuten erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen gewonnene Beitragszahlungen und reduzierte Folgekosten wegen einer Behinderung oder Krankheit. In den Unternehmen erhält die medizinische Rehabilitation wertvolles Know-how. Für die Gesellschaft ist – insbesondere auch angesichts des demografischen Wandels – die Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein Motor von Wohlstand und Wachstum. Die medizinische Rehabilitation trägt dazu bei, dass ihre Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Erste Berechnungen zeigen, dass dieser Nutzen der medizinischen Rehabilitation klar beziffert werden kann und sich Rehabilitation auch finanziell rechnet.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind fester Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland. Angesichts zu erwartender Veränderungen der Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur in Deutschland und angesichts begrenzter Mittel gilt es, das Potenzial der Rehabilitation weiterhin auszuschöpfen und zu stärken.

Die in der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) zusammengeschlossenen Organisationen der Leistungsträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), der Leistungserbringer (ambulanter und stationärer Rehabilitationseinrichtungen) und derjenigen, die Impulse zur Rehabilitation geben oder sie veranlassen (Ärzte, Arbeitsmedizin, Arbeitgeber) geben deshalb mit der Veröffentlichung „Die medizinische Rehabilitation“ einen Überblick, welche Möglichkeiten die medizinische Rehabilitation bietet, wie sie funktioniert und welchen Nutzen sie bringt.

Damit stellt die GVG Patienten und Versicherten, Ärzten, Rehabilitationsträgern, betrieblichen Akteuren, den Anlaufstellen für Rehabilitation und den politisch Verantwortlichen eine Zusammenstellung der grundlegenden Rahmenbedingungen und der Möglichkeiten der Rehabilitation zur Verfügung und macht sie für die Praxis zugänglich. *Die medizinische Rehabilitation. Ein Überblick* ist als Band 66 der Schriftenreihe der GVG (ISBN 978-3-939260-01-1) erschienen.

12. November 2009, Berlin:
Thema: ***geriatrische Rehabilitation und Pflege***

Dr. Dagmar Dräger *Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie*	Potenziale der geriatrischen Rehabilitation
Gerd Kukla *GKV-Spitzenverband*	Geriatrische Rehabilitation im Leistungsspektrum der GKV
Thomas Bublitz *Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.*	Pflegebedürftigkeit vermeiden – Finanzausgleich weiterentwickeln
Thomas Knieling *Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.*	Die Säule der geriatrischen Rehabilitation für ambulante und stationär Altenpflege
Dr. Stefan Gronemeyer *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.*	Reha vor der Pflege: praktische Umsetzung und Perspektiven

24. März 2010, Berlin:
Thema: ***Wer pflegt wen?: institutionelle und personelle Ressourcen in der Pflege***

Prof. Dr. Stefan Görres *Universität Bremen*	Pflegepersonal – Status quo und Entwicklung in Deutschland & Ergebnisse der Studie „Pflegeberufe sind besser als ihr Ruf“
Josef Mersmann *Seniorenzentrum St. Anna GmbH, Ostbevern*	Personalausübung, -rekrutierung und -erhaltung in der Pflege – Erfahrungen aus der Praxis
Pamela Ostendorf *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW*	Älter werden in der Kranken- und Altenpflege
Christiane Viere *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*	Zukünftige Personal-Situation in der Pflege – Eine Herausforderung für die Politik

GVG-Konferenz am 12. Oktober 2010
Thema: ***Chancen und Nutzen der medizinischen Rehabilitation***

Dr. Herbert Rische *Vorsitzender der GVG e.V. / Deutsche Rentenversicherung Bund*	Begrüßung
Prof. Dr. Herbert Rebscher *Vorsitzender des GVG-Ausschusses „Pflege/Rehabilitation" / DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse*	Chancen und Nutzen der medizinischen Rehabilitation – Vorstellung der Stellungnahme der GVG
Moderation Dr. Sibylle Angele *GVG e.V.*	**Berichte aus der Praxis**
Dr. Axel Reimann *Deutsche Rentenversicherung Bund*	Rehabilitation wirkt: wieder aktiv am Berufsleben teilnehmen
Dr. Andreas Kranig *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*	Rehabilitation wirkt: wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben
Moderation Dr. Sibylle Angele *GVG e.V.*	**Berichte aus der Praxis**
Thomas Ballast *Verband der Ersatzkassen (vdek)*	Rehabilitation wirkt: selbständige Lebensführung erhalten
Norbert Glahn *Allgemeine Hospitalgesellschaft*	Rehabilitation wirkt: Teilhabe chronisch kranker Menschen sichern
Dr. med. Johannes Peil *Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland*	Rehabilitation wirkt: passgenaue Angebote durch Flexibilisierung
Thomas Ballast Norbert Glahn Dr. Andreas Kranig Dr. med. Johannes Peil Bernd Petri *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.* Dr. Axel Reimann	**Podiumsdiskussion** **Moderation** Prof. Dr. Herbert Rebscher
Dr. Herbert Rische	Resümee der Veranstaltung

1.6 andere Themen

Im Rahmen einer Sitzung des GVG-Präsidiums am 13. Januar 2010 stellte Herr Heinz Gebhardt vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung unter dem Titel ***Konjunkturelle Entwicklungen in Deutschland: Perspektiven und Optionen für die sozialen Sicherungssysteme*** aufgrund der Gemeinschaftsdiagnose der Wirtschaftsinstitute für die Jahre 2009/2010 die makroökonomischen Rahmendaten vor und erläuterte, welche Implikationen und welcher Handlungsbedarf sich daraus nach Einschätzung der Institute für die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland ergeben.

2. *gesundheitsziele.de*

gesundheitsziele.de feiert in diesem Jahr sein 10jähriges Bestehen! Im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses arbeiten mehr als 70 Institutionen und Organisationen des deutschen Gesundheitswesens. Seit 2000 entwickeln die verantwortlichen Akteure im Konsens exemplarische Gesundheitsziele für Deutschland und setzen diese in Selbstverpflichtung und Eigenverantwortung um. *gesundheitsziele.de* kann auf eine positive Erfolgsbilanz blicken.

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 zugleich 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.

Bis 2006 war *gesundheitsziele.de* ein Modellprojekt[2] und arbeitet seit 2007 als Kooperationsverbund, der von den Kooperationsträgern finanziert wird. Mit der Arbeitsphase 2010-2012 des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* unter Beteiligung von Bund, Ländern und den Akteuren (der Selbstverwaltung) des Gesundheitswesens in Deutschland sind die Voraussetzungen gut, neue Akzente und Zeichen zu setzen und Gesundheitsziele nachhaltig und effektiv auf allen Ebenen zu verankern.

Kooperationsträger von *gesundheitsziele.de* für die Phase 2010-2012:

2.1 Gesamtstrategie des Kooperationsverbundes

In der aktuellen Arbeitsphase 2010 bis 2012 geht es darum, die Plattform *gesundheitsziele.de* im Rahmen einer Gesamtstrategie als umfassendes Kooperationsprojekt zwischen den Hauptakteuren langfristig strukturell zu verankern und seine Effektivität und Effizienz weiter zu verbessern. Insbesondere gilt es, Nutzen messbar und sichtbar zu machen und die politische Verankerung auf Bundes- und Länderebene in Vernetzung beider Ebenen zu fördern.

[2] Bis zum Jahresende 2002 finanzierte das BMG *gesundheitsziele.de* als Modellprojekt in vollem Umfang und bis 2006 wurde das Projekt dann anteilig von BMG und GVG finanziert. 2007 bis 2009 finanzierte das BMG einzelne konkrete Aktivitäten des Kooperationsverbundes.

Ziele der Gesamtstrategie (2010 – 2012)
Öffentlichkeit schaffen – Verankerung fördern o Langfristige strukturelle Verankerung o Politische Verankerung fördern / Vernetzung Bund - Länder o Nutzen messbar machen (Evaluation / Quantifizierung der Gesundheitsziele) o Nutzen sichtbar machen (Publikationen, Konferenzen)
Umsetzung stärken o Kooperationen auf den Weg bringen (Modellprojekte, Umsetzung der Ziele) o Qualität fördern (Überarbeitung Logovergabe *gesundheitsziele.de*) o Maßnahmen dokumentieren
Inhaltliche Weiterentwicklung der Gesundheitsziele o Tabakkonsum reduzieren (Aktualisierung) o Patient(inn)ensouveränität (Qualitätskriterien, Aktualisierung) o Gesund älter werden (Entwicklung, Konkretisierung)

2.2 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, Verbesserungspotenzial 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 nahm im April 2009 ihre Arbeit auf. Die Arbeitsgruppe unter Vorsitz von Rudolf Herweck, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) hat sich für die Ausarbeitung des Gesundheitsziels auf ein Konkretisierungsmodell entschieden, das sich in die zwei Phasen *Konkretisierung* und *Operationalisierung* aufteilt. Die Konkretisierung von drei Handlungsfeldern, Zielen und Teilzielen liegt als weitere Arbeitsgrundlage vor:

- Handlungsfeld 1: Gesundheitsförderung und Prävention
- Handlungsfeld 2: gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung
- Handlungsfeld 3: besondere Herausforderungen

Die Planung sieht vor, das Ziel im Jahr 2011 fertig zu stellen und zu veröffentlichen.

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

Bereits 2008 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 Aus-

gangspunkt für die Nachsteuerung der Gesundheitsziele *Gesund aufwachsen*, *Tabakkonsum reduzieren*, *Brustkrebs* und *Patient(inn)ensouveränität*.

Die Aktualisierung des Gesundheitsziels ***Gesund aufwachsen*** (AG-Vorsitz: Thomas Altgeld Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.) wurde abgeschlossen und im Januar 2010 als Publikation des BMG vorgelegt. 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.

Das aktualisierte Gesundheitsziel war Tagesordnungspunkt auf der 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 01. Juli 2010 und der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) am 17./18. Juni 2010. Die GMK und JFMK empfehlen den Ländern, das überarbeitete Zielkonzept für die eigenen Zieleprozesse im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit aufzugreifen.

Für das Gesundheitsziel ***Tabakkonsum reduzieren*** (AG-Vorsitz: Prof. Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) lag ein Evaluationskonzept für die Basismaßnahmen vor, was 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, hat die Arbeitsgruppe ab Oktober 2009 ihre Arbeit wieder aufgenommen, um das Zielkonzept anhand der Empfehlungen des Evaluationsbeirates und des Drogen- und Suchtrates zu aktualisieren und insbesondere für die Umsetzung von Maßnahmen neue Akzente zu setzen. Ferner soll die Frage der Quantifizierung angegangen werden.

Die Arbeitsgruppe 5 ***Brustkrebs*** (AG-Vorsitz: Dr. Martin Kluxen, Verband der Ersatzkassen e.V.) hat sich im Rahmen der Aktualisierung des Teilziels 3 *Patient-(inn)eninformation* über Informations- und Kommunikationsbedarf von Brustkrebspatientinnen informiert. Hierzu wurde im Frühjahr diesen Jahres das Teilziel 3.1 *Qualitativ hochwertige Informationen, die evidenzbasiert, einheitlich und neutral sind, sind verfügbar* im Rahmen einer Projektarbeit am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln evaluiert. Unter dem Thema *Die Qualität von Gesundheitsinformationen* sollen die Aktivitäten der Arbeitsgruppe 5 und auch 8 transparent dargestellt und veröffentlicht werden.

Auch die Arbeitsgruppe 8 ***Patient(inn)ensouveränität*** (AG-Vorsitz: Günter Hölling, BAG der PatientInnenstellen/Patientenstelle Bielefeld) nahm im letzten Jahr ihre Arbeit wieder auf. Die AG bearbeitet derzeit Qualitätskriterien für schriftliche gesundheitsbezogene Informationen. In diesem Zusammenhang wurde ein Nutzertest durchgeführt, um die Kompatibilität und Nutzerfreundlichkeit der entwickelten Kriterien zu überprüfen. Letzteres erfolgte insbesondere auf Anregung des **Evaluationsbeirats** (Vorsitz: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Berlin School of Public Health, Charité / Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.). Die Qualitätskriterien werden in Form einer Checkliste herausgegeben.

2.4 Logovergabe

Im Jahr 2010 wurde das Logo an sechs Maßnahmen neu vergeben und für acht laufende Maßnahmen verlängert. Derzeit werden die Grundlagen der Logovergabe überarbeitet.

2.5 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.* Im Ergebnis verständigten sich die Länder darauf, die Zusammenarbeit und den Austausch in dieser Weise fortsetzen zu wollen. Am 18./19. November 2010 findet daher der zweite Bund-Länderworkshop in Stuttgart statt, der sich mit den Themen *Gesundheitsindikatoren, Quantifizierung* von Gesundheitszielen, *Sichtbarmachung* der Gesundheitszieleprozesse der Länder und des Bundes befasst.

Zum Thema *Sichtbarkeit* wird ein so genannter *Infopool* entwickelt, der auf der Homepage von *gesundheitsziele.de* abrufbar sein wird. Ziel dieses Infopools ist im Wesentlichen die Bereitstellung von Informationen über die Grundprinzipien und Instrumente der Zieleprozesse der Länder und des Bundes. Zugleich gilt es, von anderen zu lernen – dabei sollen die zum Teil unterschiedlichen Ansätze, Techniken und Werkzeuge ausgetauscht und genutzt werden, um somit nachhaltig die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszieleprozessen / prioritären Handlungsfeldern auf Ebene der Länder und des Bundes unterstützen.

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

Am 25. Januar 2010 führte die GVG mit finanzieller Beteiligung des Bundesgesundheitsministeriums und der Länder die Konferenz *Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen* durch. Gesundheitsziele sind in fast allen europäischen Ländern ergänzendes Steuerungsinstrument in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene wie auf Ebene der Länder und Regionen. Die Ausgestaltung der Zieleprozesse orientiert sich dabei sehr stark an den strukturellen und politischen Rahmenbedingungen eines jeden Landes. Bei aller Unterschiedlichkeit der Strukturen und Vorgehensweisen sind die Chancen und Herausforderungen übergreifend vergleichbar. Den roten Faden der Konferenz bildete daher die Frage, wie Zieleprozesse und insbesondere die Umsetzung von Maßnahmen zur Zielerreichung gestaltet werden können. Die Diskussion mit einem breiten Fachpublikum und die Einbeziehung von Erfahrungen aus dem europäischen Ausland gaben Impulse für die Weiterentwicklung der verschiedenen Gesundheitszieleprozesse.

2.7 Öffentlichkeitsarbeit

Im Jahr 2010 erfolgte eine Reihe von Publikationen in der Fachpresse, die die Arbeitsergebnisse des Kooperationsverbundes einer breiteren (Fach-)Öffentlichkeit zugänglich machten.

Außerdem wurde die *gesundheitsziele.de*-Broschüre aktualisiert, die übersichtlich und verständlich über den Kooperationsverbund und die bisher entwickelten Gesundheitsziele informiert. Der Informationsgehalt sowie die Nutzerfreundlichkeit der Homepage wurden

weiterhin verbessert. Die Geschäftsstelle überarbeitet zurzeit den Newsletter, der über die jüngsten Entwicklungen und Neuigkeiten berichtet.

2.8 Sitzungen der Gremien

Im Oktober 2010 fand ein Kooperationsgespräch statt, um die gemeinsame Erklärung aus dem Jahr 2007 gemeinsam mit allen Kooperationspartnern neu aufzusetzen. Des Weiteren tagten mehrfach Ausschuss und Arbeitsgruppen, die neben der grundlegenden Diskussion und Ausrichtung des Projektes und den Arbeiten zu den einzelnen Gesundheitszielen folgende konkrete Themenstellungen bearbeitet haben:

Ausschuss

22. Februar 2010:
Themen: ***Tätigkeitsbericht 2009; Konferenz „Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen" vom 25.01.2010 Sachstand und Arbeitsplanung Kooperationsverbund 2010 bis 2012***

18. Mai 2010:
Themen: ***Sachstand Kooperationsverbund;Quantifizierung von Gesundheitszielen; Aktualisierung und Teilevaluation des Gesundheitsziels „Brustkrebs"; Umsetzung „Gesund aufwachsen"***

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider *Berlin School of Public Health Charité - Universitätsmedizin Berlin*	Quantifizierung
Dr. Martin Kluxen *vdek*	Evaluation und Aktualisierung des Gesundheitsziels Brustkrebs
Thomas Altgeld *Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin*	Umsetzung, AOLG

23. September 2010:
Themen: ***Sachstand Kooperationsverbund; Qualitätsindikatoren; Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen; Infopool; Überarbeitung Logovergabe***

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi *AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH*	Qualitätsindikatoren
Dr. Sibylle Angele *GVG*	Vorstellung Infopool
Martina Thelen, *GVG*, in Vertretung für Günter Hölling, *BAG der PatientInnenstellen, Bielefeld*	Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen (Arbeitsergebnisse der AG 8)

Evaluationsbeirat

09. März 2010
Thema: ***Quantifizierung von Gesundheitszielen***

H.-P. Lang *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*	Quantifizierung der Raucherprävelenzen auf nationaler Ebene: Voraussetzungen und Chancen
Dr. T. Lampert *Robert Koch-Institut*	Quantifizierung aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung
Dr. J. Kuhn *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittel-sicherheit*	Erfahrung mit quantifizierten Zielen in Bayern

09. Juni 2010
Themen: ***Quantifizierung von Gesundheitszielen; Evaluation/Aktualisierung des Gesundheitsziels Brustkrebs; Jahresevaluation gesundheitsziele.de***

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

3. Öffentlichkeitsarbeit

3.1 Veranstaltungen

Im Jahr 2010 führte die GVG Veranstaltungen zu verschiedenen ihrer Arbeitsbereiche durch:

- **Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen**
  gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesländern
  25. Januar 2010 (s. o. Kapitel 2)
- **eHealth Conference 2010 „Telematik bringt mehrWERT"**
  gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
  14. und 15. September 2010 (s. o. Kapitel 1.4)
- **GVG-Euroforum „Sozialschutz in Zeiten der Krise – Berichte aus Europa"**
  20. September 2010 (s. o. Kapitel 1.2)
- **GVG-Konferenz „Chancen und Nutzen der medizinischen Rehabilitation"**
  12. Oktober 2010 (s. o. Kapitel 1.5)
- Darüber hinaus stellte die GVG ihre Veröffentlichung *Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft* (s. u. Kapitel 3.2) im Rahmen eines **parlamentarischen Nachmittags** am 19. April 2010 sowie der **Veranstaltung *Internationale sozialpolitische Zusammenarbeit im Zeichen der Globalisierung*** am 05. Oktober 2010 vor. Die Staatssekretäre der Bundesministerien für Arbeit und Soziales sowie für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und Vertreter der GVG und ihrer Mitgliedsorganisationen haben dort über die internationale Arbeit Ihrer Häuser informiert.
- Im Vorfeld der Mitgliederversammlung am 02. November 2010 wird Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Rahmen der **Veranstaltung *Gesundheit zukunftsfest gestalten*** sprechen und mit Mitgliedern aus Vorstand und Präsidium der GVG diskutieren.

GVG-Konferenz am 05.Oktober 2010
Thema: ***Internationale sozialpolitische Zusammenarbeit im Zeichen der Globalisierung***

Dr. Herbert Rische *Vorsitzender der GVG*	Begrüßung und Einführung
Moderation Jürgen Zurheide *Der Tagesspiegel*	**Statements aus der Praxis**
Dr. Michael Rabenschlag *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*	Exportfähigkeit sozialpolitischer Konzepte – Das Beispiel DRGs
Dr. Axel Reimann *Deutsche Rentenversicherung Bund*	Die Bedeutung der Alterssicherung in Entwicklungs- und Schwellenländern

Dr. Günter Danner *Europavertretung der deutschen Sozialversicherung/Techniker Krankenkasse*	„Die Mühen der Ebene“ oder: Reformen umsetzen – wie geht das? Erfahrungen aus der Krankenversicherung
Michael Anthony *Allianz SE*	Sozialpolitische Rolle und Verantwortung der Privatversicherungswirtschaft
Dr. Stefan Zimmer *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*	Internationale Kooperation der gesetzlichen Unfallversicherung: Nutzen für Unternehmen und Arbeitnehmer
Prof. Dr. Christoph Fuchs *Bundesärztekammer*	Gestaltung durch Kooperation
Vorträge	
Staatssekretär Andreas Storm *Bundesministerium für Arbeit und Soziales*	Zusammenarbeit des BMAS mit Entwicklungs- und Schwellenländern
Dr. Joachim Breuer *Mitglied des Vorstandes der GVG*	Nachhaltigkeit durch neue Formen internationaler Zusammenarbeit
Staatssekretär Hans-Jürgen Beerfeltz *Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*	Sozialpolitische Zusammenarbeit dem BMZ mit Entwicklungs- und Schwellenländern
Jürgen Zurheide *Der Tagesspiegel*	**Diskussion** mit den Referenten
Dr. Herbert Rische *Vorsitzender der GVG*	Zusammenfassung der Veranstaltung

3.2 Publikationen

3.2.1 Informationsdienst der GVG

Auch im Jahr 2009/2010 hat die GVG ihre Arbeit in ihren Informationsdiensten dokumentiert. Im November 2009 veröffentlichte die GVG ihren Jahresbericht (ID 329). Mit Informationsdienst 330 dokumentierte die GVG zusammenfassend die Vorträge und Diskussionen der Sitzung des EU-Ausschusses zu aktuellen Urteilen des Europäischen Gerichtshofes und ihren Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme. (s. o. Kapitel 1.2)

ID 329 Die GVG berichtet über ihre Arbeit – Jahresbericht 2009
November 2008 – Oktober 2009
November 2009

ID 330 Aktuelle Urteile des Europäischen Gerichtshofes und ihre Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme
Mai 2010

Die Informationsdienste sind kostenfrei über die GVG-Geschäftsstelle zu beziehen oder im Internet abrufbar unter www.gvg-koeln.de.

3.2.2 Schriftenreihe der GVG

Mit Band 64 der GVG-Schriftenreihe *–EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich* – hat die GVG einen Sammelband zum Entwicklungsstand und den Verfahren der OMK Soziales hinsichtlich Indikatoren und quantifizierten Zielen veröffentlicht und die in diesem Zusammenhang stehenden Perspektiven der europäischen Gesundheitspolitik analysiert. Ein besonderer Schwerpunkt der lag zum einen auf Analysen zur Entwicklung von Indikatoren und den Möglichkeiten und Grenzen der Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen. Zum anderen wurden nationale und internationale Erfahrungen mit quantifizierten Zielen in der Gesundheitspolitik vorgestellt. Bestandteil war deshalb auch ein Kapitel zu den Erfahrungen der Entwicklung und Quantifizierung von Zielen im Gesundheitsbereich aufgrund der Erfahrungen im Projekt *gesundheitsziele.de* sowie eine Stellungnahme des EU-Ausschusses zur Offenen Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege.

Als Band 65 der Schriftenreihe – *Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft* – veröffentlichte die GVG ihr Plädoyer für eine bedarfsgerechte internationale Zusammenarbeit. Das Konzept war von einer Arbeitsgruppe aus dem Mitgliederkreis der GVG erarbeitet worden (s. u. Kapitel 4.1) und wurde im Rahmen eines Parlamentarischen Nachmittags und einer Veranstaltung (s. o. Kapitel 3.1) der Öffentlichkeit vorgestellt.

Band 66 der GVG-Schriftenreihe – *Die Medizinische Rehabilitation. Ein Überblick* – wurde am 12. Oktober 2010 der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Band stieß auf so großes Interesse, dass schon im Oktober 2010 ein Nachdruck erfolgte.

Band 64 **EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich**
Köln, 2010 – ISBN 978-3-9811491-8-9-7

Band 65 **Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft**
Köln, 2010 – ISBN 978-3-939260-00-4

Band 66 **Die Medizinische Rehabilitation – Ein Überblick**
Köln, 2010 – ISBN 939-3-939260-01-1

Die GVG Schriftenreihe Band 55 bis Band 64 ist beim nanos Verlag erschienen. Band 65 ff. erscheinen im Eigenverlag der GVG. Bibliographische Nachweise und Informationen zur Verfügbarkeit sind auf der GVG-Website abrufbar.

3.2.3 Weitere Aktivitäten

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

3.3 Webauftritt der GVG

Zentrales Medium der Öffentlichkeitsarbeit ist der Webauftritt der GVG:

Unter www.gvg-koeln.de / www.gvg.org sind Informationen über alle Tätigkeitsbereiche der GVG in deutscher und englischer Sprache abrufbar. Die Website hat im vergangenen Jahr monatlich durchschnittlich mehr als 3.000 Besuche verzeichnet.

Unter www.gesundheitsziele.de bzw. www.health-targets.de sind in deutscher und englischer Sprache Informationen über das Projekt *gesundheitsziele.de* abrufbar. Die Website wurde im vergangenen Jahr im Durchschnitt 6.500mal pro Monat monatlich besucht. Dies ist ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr mit monatlich maximal 4.800 Besuchen.

Unter http://ehealth.gvg-koeln.de/ finden sich in deutscher und englischer Sprache Informationen über die Telematikaktivitäten der GVG. Die Website konnte im vergangenen Jahr monatlich im Durchschnitt 4.200 Besuche verzeichnen, ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr.

Der Webauftritt wurde im Jahr 2010 neu aufgesetzt und ist seit Ende Oktober 2010 zugänglich. Er ist in die einzelnen Arbeitsbereiche *national, eHealth, gesundheitsziele.de* und *international* gegliedert. Er präsentiert sich nun in modernisiertem Layout, übersichtlicher Struktur und bietet viele Möglichkeiten zum Download. Die bisherigen Webadressen bestehen nach wie vor, können nun aber auch zentral über www.gvg.org abgerufen werden.

4. 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, Asian Development Bank u. a. sowie Bundesministerien finanziert werden. Schwerpunktländer der Europäischen Kommission waren auch 2010 insbesondere die Balkanstaaten, 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.

Bei all ihren internationalen Aktivitäten 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.

Im Laufe des Jahres 2010 konnten die folgenden Projekte erfolgreich abgeschlossen werden:

Themenbereiche	***Länder***
Gesundheitswesen / Krankenversicherung	• Bosnien: *Improvement of Monitoring and Evaluation System for Health Sector*
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	• (länderübergreifend) *Proposal for Commission practical guidelines for the training of workers involved in work with asbestos*
Arbeitsmarkt/Beschäftigung	• Serbien: *Modernisation of the National Employment Service (NES)* sowie: *Capacity Building of the Ministry of Labour, Employment and Social Affairs* • Balkan: *Study on Social Dialogue in the Western Balkan Countries*

Folgende Projekte werden aktuell durchgeführt bzw. ihre Durchführung vorbereitet:

Themenbereiche	***Länder***
Gesundheitswesen / Krankenversicherung	• Mongolei: *Third Health Sector Development Project* • Serbien: *Training in Health Service Management*

	und *Gesundheitspolitische Kooperation mit Serbien* • Albanien: *Seminarreihe: Krankenhausfinanzierung in Albanien*
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	• Azerbaidschan: *Enhancing the Capacity of the State Labour Inspectorate* und *Support to the State Labour Inspectorate (SLI) in Occupational Health and Safety Enhancement* • (länderübergreifend): *Report on the current situation in relation to occupational diseases'*
Arbeitsmarkt/Beschäftigung	• Kroatien: *Local Partnerships for Employment - Phase 3* und *Preparation of the Croatian Employment Service for joining the EURES network* und *Access to Education by Students with Disabilities*
Gleichstellung	• Türkei: *Promoting Gender Equality in working life*
Soziale Sicherung	• (länderübergreifend): *Analytical support on the socio-economic impact of social protection* • Kaukasus: *Support for the Studies on Social Protection and Social Inclusion in Armenia, Azerbaijan and Georgia* • (länderübergreifend): *Social Impact of Emigration and Rural-Urban Migration*

4.1 AG „International"

Die GVG wie ihre Mitgliedsorganisationen arbeiten seit vielen Jahren mit Regierungen und Trägerorganisationen in vielen Ländern zusammen. Im Jahr 2009 hat sich in der GVG eine Arbeitsgruppe konstituiert, um auf Grundlage der Erfahrungen dieser Zusammenarbeit und Beratung ein Konzept zur bedarfsgerechten internationalen Zusammenarbeit zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe konnte das Konzept im Jahr 2010 abschließen. Es wurde als Band 65 der Schriftenreihe – *Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft* – veröffentlicht und im Rahmen eines Parlamentarischen Nachmittags und einer Veranstaltung (s. o. Kapitel 3.1) der Öffentlichkeit vorgestellt.

Arbeitsgruppe „Internationale Zusammenarbeit“

Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft. Plädoyer für eine bedarfsgerechte internationale Zusammenarbeit

Die internationale Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Schwellenländern im Gesundheits- und Sozialbereich ist für die Gestaltung einer fairen Globalisierung von fundamentaler Bedeutung. In Deutschland wird sie derzeit mit der Orientierung auf humanitäre/sozialpolitische Unterstützung und zugleich einer neuen Orientierung auf wirtschaftliche Zusammenarbeit und Exportförderung diskutiert.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) und die in ihr zusammengeschlossenen Institutionen der Sozialversicherung, der privaten Versicherungswirtschaft, der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, der Arbeitgeber und der Gewerkschaften haben hierzu ein Kooperationskonzept entwickelt, das die unterschiedlichen Orientierungen zu einem neuen, bedarfsgerechten Ansatz vereinigt. Dieser Ansatz ermöglicht vielfältige positive Wechselwirkungen für die Zielländer und für Deutschland:

- Maßgeschneiderte Reformelemente, entwickelt aus der langen Tradition der sozialen Sicherung in Deutschland, können den internationalen Markt entwicklungs- und sozialpolitischer Ideen und Konzepte befruchten und die große Nachfrage nach spezifisch deutscher Systemberatung erfüllen.
- Der „Export“ spezifischen Know-hows verbessert die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit internationaler sozialpolitischer Beratungen,
- stärkt mittel- und langfristig die soziale Sicherung in Entwicklungs- und Schwellenländern und
- schafft gleichzeitig gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche wirtschaftliche Zusammenarbeit.

Im Mittelpunkt des Ansatzes stehen die Weiterentwicklung bewährter Elemente des deutschen Sozialsystems zu identifizierbaren, immateriellen Produkten (z.B. Selbstverwaltung, Versicherungsrecht, DRGs, Meldeverfahren, Prävention, Rehabilitation), die Betonung des ordnungspolitischen Rahmens von Reformen sowie die Betonung praktischer Erfahrung bei der Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Reformkonzepten.

Die GVG legt damit eine Zwischenbilanz vor, die auf Erkenntnissen aus mehr als 250 erfolgreichen internationalen Projekten in aller Welt in den Bereichen Alterssicherung, Gesundheit, Arbeitsschutz, Unfallversicherung, Arbeitsmarkt, sozialer Dialog, Arbeitnehmerfreizügigkeit, soziale Eingliederung und Gleichstellung sowie auf den Erfahrungen aus der internationalen Arbeit ihrer Mitgliedsorganisationen beruht.

4.2 Gesundheit

Seit dem Januar 2008 führt die GVG, in Kooperation mit NI-CO, InDevelop und der London School of Economics, das von der Europäischen Union geförderte Projekt *Health Management Training* in **Serbien** durch. Das Projekt ist Teil der umfassenderen Reform zur Stärkung der Kapazität der Einrichtungen des Gesundheitswesens und hat die Entwicklung eines umfassenden und nachhaltigen Management Training Programms für den Gesundheitssektor zum Ziel. So wurde im Rahmen des Projekts ein Master Studiengang *Health Management* insbesondere für Fach- und Führungskräfte von Gesundheitseinrichtungen (mit einem bereits vorhandenen Hochschulabschluss) aufgebaut. Das Curriculum des berufsbegleitenden Studiengangs wurde in Kooperation mit namhaften

europäischen Instituten und Akademikern (darunter auch fünf deutsche Universitätsdozenten) entwickelt. Das bereits für zwei Jahrgänge angebotene Projekt mit 67 erfolgreichen Absolventen wurde vor kurzem bis Mitte 2011 verlängert, um auch eine dritte Generation Absolventen hervorbringen zu können. Der Studiengang wird nach Beendigung des Projekts unter der medizinischen Fakultät der Universität Belgrad weiter bestehen.

Neben den von der Europäischen Union geförderten Projekten, führt die GVG im Rahmen der gesundheitspolitischen Kooperation zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik **Serbien** im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein Projekt durch, dessen Ziel es ist, serbische Führungskräfte über aktuelle Entwicklungen in Deutschland zu informieren. Angesprochen werden Themen, die in Serbien im Rahmen der Gesundheitsreform anstehen und bei denen Deutschland auch international besonders anerkannte Lösungen auf den Weg gebracht hat. Bestandteile des Projektes sind ein Praktikumsaufenthalt serbischer Führungsnachwuchskräfte im BMG, eine Studienreise für serbische Führungskräfte sowie ein Expertenworkshop.

In einem weiteren Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit führt die GVG eine Seminarreihe zur Reform der Krankenhausfinanzierung in **Albanien** durch. Die GVG arbeitet dabei eng mit einigen ihrer Mitgliedsorganisationen zusammen. Die Fachgespräche werden in Form einer Arbeitsgruppe durchgeführt, der auf albanischer Seite Vertreter des Gesundheitsministeriums, des Krankenversicherungsinstituts und der Krankenhäuser angehören. Auf deutscher Seite sind Experten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sowie ein polnischer Experte vertreten. Die Zusammenarbeit verfolgt das Ziel, die albanische Seite bei den Vorbereitungen zur Einführung eines DRG-Systems zu unterstützen. Im Fokus stehen dabei zum einen die ordnungspolitischen Grundlagen einer solchen Reform, zum anderen die "technischen" Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn die Umstellung vom traditionellen Semashko-System sowjetischer Prägung zu einem modernen, Output-orientierten System der Krankenhausfinanzierung gelingen soll.

Seit August 2009 führt die GVG im Auftrag des Gesundheitsministeriums der **Mongolei** das von der Asian Development Bank finanzierte Third Health Sector Development Project durch. Das Projekt schließt an zwei Vorgängerprojekte an, die von der ADB seit 1998 finanziert wurden. Das aktuelle Projekt hat eine Laufzeit von 4 Jahren (bis August 2013). Themenbereiche sind die Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung (Familienärzte, Gesundheitszentren), die Rationalisierung der Gesundheitsfinanzierung (Pooling der Steuer- und Beitragsmittel bei einem Payer, soziale Krankenversicherung), Verbesserung der Personalplanung und -entwicklung im Gesundheitssystem sowie die Ermittlung von Potenzialen für Public-Private Partnerships. Das Projekt beinhaltet Herausforderungen in unterschiedlicher Hinsicht: Zum einen sind die ordnungspolitischen Voraussetzungen, trotz der beiden jeweils 5-jährigen Vorgängerprojekte, weitgehend unklar (z.B. rechtliche Stellung der Familienarztpraxen, Aufgabenbereich und Autonomiegrad der sozialen Krankenversicherung, Regulierung des boomenden privaten Gesundheitssektors). Zum zweiten ist ein politischer Konsens über den Fortgang der Reformen in der gegenwärtigen Koalitionsregierung nur schwer zu erzielen. Drittens schließlich ist es angesichts der Struktur des Projekts (ohne internationale Vollzeit-ExpertInnen) schwierig, die Entscheidungsprozesse kontinuierlich zu begleiten und entsprechenden Input zu liefern.

Die Auseinandersetzung mit diesen Herausforderungen ist in die konzeptionellen Überlegungen zu der neuen GVG-Veröffentlichung "**Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft** – Plädoyer für eine bedarfsgerechte internationale Zusammen-

arbeit im Gesundheits- und Sozialbereich" (Band 65 der GVG-Schriftenreihe) eingeflossen, insbesondere im Hinblick auf die Bedeutung des ordnungspolitischen Rahmens grundlegender Reformen, die Notwendigkeit der Initiierung und Begleitung politischer Konsensprozesse, sowie im Hinblick auf die praktische Politik- und Verwaltungserfahrung der internationalen Expert(innen). Erste Reaktionen auf diese Veröffentlichung anlässlich ihrer Präsentation auf einer Konferenz am 05. Oktober 2010 in Berlin sind durchweg positiv, wenngleich die Bedeutung einer spezifisch auf soziale Sicherungssysteme ausgerichteten internationalen Zusammenarbeit in der deutschen Politik nicht unumstritten ist.

4.3 Arbeitsschutz / UV

Die GVG hat ganz aktuell zwei Arbeitsschutzprojekte in **Aserbaidschan** begonnen. Beide Projekte richten sich an das State Labour Inspectorate (staatliche Gewerbeaufsicht), das im Ministerium für Arbeit und Sozialschutz beheimatet ist.

In dem Weltbankprojekt *Enhancing the Capacity of the State Labour Inspectorate of the Republic of Azerbaijan* arbeitet die GVG unter Leitung der französischen AETS (Application Europeene de Technologies et de Services) mit Apave (ebenfalls Frankreich), dem Balkan Institute for Labour and Social Policy (BILSP) aus Bulgarien sowie der BAD Gesundheitsdienste GmbH mit Sitz in Bonn zusammen. Die GVG stellt mit dem Team Leader und dem Legal Advisor, die beide bereits in früheren Arbeitsschutzprojekten der GVG erfolgreich mitgewirkt hatten, die Hälfte der Langzeitexperten und wird darüber hinaus auch etwa ein Drittel der Kurzzeitexperten stellen.

Aserbaidschan ist an deutscher Expertise im Arbeitsschutz besonders interessiert. Dies war vermutlich auch einer von verschiedenen Faktoren für den Erfolg des deutschen Angebots für das Twinning-Projekt *Support to the State Labour Inspectorate (SLI) in Occupational Health and Safety Enhancement in the Republic of Azerbaijan*. Die GVG hat das Angebot im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) erstellt und wird das Projekt auch gemeinsam mit dem Hessischen Sozialministerium als Twinning-Partnerinstitution durchführen, die den Projektleiter stellt. Der RTA (Resident Twinning Advisor/Langzeitexperte vor Ort) kommt ebenfalls aus der Hessischen Arbeitsschutzverwaltung. Die Experten stammen aus den Gewerbeaufsichtsämtern verschiedener Bundesländer, aber auch aus der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, ihrem Institut Arbeit und Gesundheit (IAG, vormals BGAG), sowie den angeschlossenen sektoralen Berufsgenossenschaften wie beispielsweise der Berufsgenossenschaft Bau (BG Bau) oder der Berufsgenossenschaft Energie, Textil, Elektronik und Medienerzeugnisse (BGETEM). Das Projekt läuft über 18 Monate.

Am 06. Juli 2010 und damit einen Tag vor dem Start des Weltbankprojektes wurde entschieden, das EU-finanzierte Twinning-Projekt in Zusammenarbeit mit Deutschland durchzuführen. Neben einem starken, eng mit dem Projektleiter und dem RTA abgestimmten Projektvorschlag und den exzellenten deutschen Experten dürften auch die bereits bestehenden stabilen Arbeitsbeziehungen zwischen dem BMAS und dem aserbaidschanischen Partnerministerium sowie die ebenfalls sehr guten Arbeitskontakte der DGUV mit der aserbaidschanischen Arbeitsschutzverwaltung zu diesem Erfolg beigetragen haben.

Die Förderung der EU für den Arbeitsschutz in Aserbaidschan erfolgt auf der Basis der Neighbourhood Policy (ENP). Ziel ist auch hier eine Harmonisierung der Standards, um die Wirtschaftssysteme noch besser kompatibel zu machen. Natürlich gilt es auch, im Rahmen einer global aufgefassten Verantwortung für eine soziale Absicherung zum

Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitskräfte in Aserbaidschan beizutragen. Das Interesse des State Labour Inspectorate an den Ansätzen und Verfahren des europäischen Arbeitsschutzes ist groß, was nicht nur der derzeit unbefriedigenden Situation in den Betrieben geschuldet ist. Dabei ist die Anzahl der Gewerbeaufsichtsbeamten in Aserbaidschan mit 600 bei 9 Millionen Einwohnern durchaus hoch. Auch das Engagement der Entscheidungsträger scheint sehr groß zu sein, die Aufsichtstätigkeit effizienter zu gestalten und auch die institutionellen und organisatorischen Strukturen und Abläufe anzupassen. Damit sind für beide Projekte gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung mit nachhaltigen Ergebnissen gegeben.

Parallel zur Implementierung von Projekten mit einzelnen Ländern ist die **Durchführung von Studien** ein wichtiges Arbeitsgebiet der GVG im Bereich Arbeitsschutz und Unfallversicherung.

***Gemeinschaftsprogramm für Beschäftigung und soziale Solidarität* (PROGRESS)**

Seit 2006 unterstützt *PROGRESS* die Mitgliedstaaten der EU in ihren Bemühungen um mehr und bessere Arbeitsplätze und größeren Zusammenhalt in der Gesellschaft. Die Verbesserung der Arbeitsumwelt und der Arbeitsbedingungen sind eines der Hauptthemen, das im Rahmen dieses Programms intensiv bearbeitet wird. Ergänzend hierzu betont die Gemeinschaftsstrategie der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007 – 2010, dass Wirtschaftswachstum und Beschäftigung gefördert werden, wenn Arbeitsproduktivität und Qualität der Arbeitsplätze gewährleistet sind. Die Belastung durch Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen werden insbesondere von Arbeitnehmern aber auch von Arbeitgebern und der Gesellschaft als Ganzes getragen.

Im Rahmen von PROGRESS und um die Ziele der Strategie *Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz* zu erreichen, werden unter anderem zahlreiche Studien zu unterschiedlichen Themen im Bereich *Arbeitsschutz* durchgeführt. Diese bieten nicht nur eine Analyse der Lage in den unterschiedlichen Mitgliedstaaten und werfen Licht auf die Herausforderungen der Zukunft, sondern bieten auch praktische Hilfestellungen für die Arbeit auf der politischen und praktischen Ebene.

So hat die GVG im Auftrag der Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit der EU eine **Untersuchung der Auswirkungen der steigenden Verwendung von tragbaren Computern und Kommunikationsgeräten auf die Sicherheit am Arbeitsplatz** durchgeführt. Ziel der Studie war eine Analyse der auf diese Arbeitsformen anwendbaren Regelungen des Arbeitsschutzes und die Identifikation diesbezüglich eventuell vorhandener Defizite bzw. noch auszufüllender Handlungsfelder. In enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung wurde die Studie in 2009 erfolgreich abgeschlossen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind unter
http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2010/06/EU1006019I.htm abrufbar.

Parallel wurde eine weitere Studie zur **Erarbeitung eines Vorschlags zu praktischen Leitlinien der Kommission für die Unterweisung von Arbeitnehmern, die bei Sanierungs- oder Instandhaltungsarbeiten mit Asbest in Berührung kommen**, begonnen. Da die Leitlinien insbesondere eine in der Praxis umsetzbare Hilfestellung sein sollten, war die Gesellschaft für Sicherheits- und Umwelttechniken ein wichtiger Partner mit umfassender praktischer Erfahrung in Sanierungsarbeiten mit Asbest. Das Ergebnis

dieses Projekts ist Informationsmaterial zur Unterweisung der Mitarbeiter, die bei der Arbeit in Kontakt mit Asbest kommen könnten. Gezielt für die Heimwerker, die auch bei kleineren Instandhaltungsarbeiten der Asbestgefahr ausgesetzt sein können, wurde eine Broschüre entwickelt.

Ab Herbst 2010 wird die GVG eine weitere Studie für die GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit durchführen. In intensiver Zusammenarbeit mit der DGUV und Projektpartnern aus den Niederlanden, Frankreich und Polen wird in den kommenden eineinhalb Jahren ein **Bericht zur aktuellen Situation der Systeme zur Anerkennung und Kompensation der Opfer von Berufskrankheiten in den EU-Mitgliedstaaten und den EFTA/EWR-Ländern** erarbeitet. Besonders wird hierbei Bezug genommen auf die Empfehlung der Kommission über die Europäische Liste der Berufskrankheiten.

Die oben beschriebenen und auch weitere Studien im Rahmen des PROGESS Programms tragen dazu bei, die Entwicklung von EU-Strategien in Bereichen Beschäftigung, Arbeitsbedingungen, Gleichstellung der Geschlechter, Sozialschutz und soziale Eingliederung, Nichtdiskriminierung und Vielfalt zu unterstützen.

4.4 Arbeitsmarkt

Das Thema *Arbeitsmarkt und Beschäftigung* genießt bereits seit langem eine hohe Priorität in der EU und ist daher auch in der *Lissabonstrategie für Wachstum und Beschäftigung* und in der neuen Strategie *Europa 2020* fest verankert. Auch im Rahmen der Beitrittshilfen für die potentiellen und aktuellen Beitrittsländer spielt das Thema *Beschäftigung* eine wichtige Rolle, was sich in einer Fülle von Projekten widerspiegelt, die sich in der Regel an die Arbeitsministerien und/oder die Arbeitsverwaltungen der Länder richten. Der Fokus liegt dabei im Wesentlichen auf den nationalen Beschäftigungspolitiken und soll deren Ausrichtung an den beschäftigungspolitischen Leitlinien der EU verstärken. Diese zielen insbesondere auf die Erhöhung von Beschäftigungsraten von Frauen, Jugendlichen und Älteren sowie auf die Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen in den Arbeitsmarkt. Aber auch die stärkere Koordinierung von Beschäftigungspolitik mit Bildungspolitik und Sozialpolitik und die Einbeziehung der Sozialpartner in der Gestaltung von beschäftigungspolitischen Programmen auf nationaler und lokaler Ebene finden sich in den beschäftigungspolitischen Leitlinien wieder. Die EU-finanzierten Projekte in den Beitrittsländern greifen diese Schwerpunkte auf und zielen neben der Erarbeitung von Nationalen Aktionsplänen für Beschäftigung auf die Stärkung der Verwaltungen ab, um die koordinierte Umsetzung der beschäftigungspolitischen Prioritäten und deren Wirkungsmessung zu gewährleisten. So nimmt die Gestaltung von zielgruppenspezifischen aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen und deren Umsetzung eine zunehmend große Rolle in den Projekten ein. Auch das Monitoring und die Evaluation der Maßnahmen steckt in diesen Ländern oft noch in Kinderschuhen, was insbesondere auch auf die mangelnde Verfügbarkeit und Verlässlichkeit von arbeitsmarktpolitischen Daten zurückzuführen ist.

Die GVG hat diese Prozesse in den letzten Jahren in Kroatien, Mazedonien und Serbien aktiv mitgestaltet. Im Dezember 2008 hat die GVG (im Konsortium mit der deutschen und slowenischen Arbeitsverwaltung) ein 20-monatiges Projekt in **Kroatien** abgeschlossen, in dem die dort existierenden aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen einer umfassenden Evaluation unterworfen und Vorschläge für differenziertere und zielgruppenspezifische Maßnahmen erarbeitet wurden. Von 2005-2009 führte die GVG in Kooperation mit der schwedischen Arbeitsverwaltung zwei große Projekte in **Mazedonien** durch, die die Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans für Beschäftigung und dessen Umsetzung und Wirkungsmessung zum Inhalt hatten. Dabei kam den Aktivitäten zur Stärkung der

Arbeitsverwaltung im Hinblick auf eine Verbesserung ihrer Dienstleistungen für Arbeitgeber und Arbeitssuchende eine wichtige Bedeutung zu. In der zweiten Programmphase 2007-2009 wurden zudem die Kapazitäten der Sozialpartner gestärkt, damit sie ihre Rolle bei der Gestaltung der beschäftigungspolitischen Programme auf nationaler und lokaler Ebene wahrnehmen können.

In **Serbien** wurden von Ende 2007 bis Frühjahr 2010 zwei thematisch eng verwandte Twinning-Projekte unter der Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von Seiten der GVG eng begleitet. Dabei handelte es sich um ein Projekt mit der für Beschäftigung zuständigen Abteilung des serbischen Wirtschaftsministeriums und ein Projekt mit der serbischen Arbeitsverwaltung, bei dem die Bundesagentur für Arbeit als wichtigster Partner agierte. Das Twinning-Projekt im Wirtschaftsministerium hatte in erster Linie die Unterstützung im Bereich der Beschäftigungspolitik zum Ziel. So wurden die Nationalen Beschäftigungspläne für 2009 und für 2010 mitgestaltet, Empfehlungen bei der Weiterentwicklung verschiedener Gesetze gegeben und Schulungen zum Monitoring und Evaluieren von Beschäftigungspolitik und -programmen durchgeführt. Weitere Aktivitäten im Projekt umfassten die organisatorische und administrative Entwicklung der Abteilung, die Sensibilisierung für Gleichstellungsbelange und die Regionalisierung von Beschäftigungspolitik durch die Aktivierung von lokalen Beschäftigungsräten.

Das parallel laufende Twinning-Projekt mit der serbischen Arbeitsverwaltung zielte auf eine Modernisierung sowie Effizienzsteigerung der Arbeitsverwaltung bei der Erbringung von arbeitmarktrelevanten Dienstleistungen im Rahmen der Vorgaben, die in den nationalen Beschäftigungsplänen enthalten sind. Dabei wurden zum einen die interne Organisation und das Management in allen zentralen Bereichen gestärkt und weiterentwickelt. Zum zweiten wurde die verstärkte Kundenorientierung der serbischen Arbeitsverwaltung durch die Entwicklung und Verabschiedung eines neuen Geschäftsprozessmodels und die Durchführung einer Reihe von Schulungsmaßnahmen im Bereich der Beratung und -betreuung von Arbeitssuchenden und Arbeitgebern vorangetrieben. Ein dritter Schwerpunkt des Projektes lag in der Verbesserung des Arbeitsmarktinformationssystems, der Entwicklung und dem Monitoring von aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen (auch auf lokaler Ebene) und einer verbesserten Kooperation zwischen Ministerium und Arbeitsmarktverwaltung in diesem Bereich.

Seit Ende vergangenen Jahres führt die GVG in **Kroatien** mit der Bundesagentur für Arbeit und IFOA (Italien) und FCG (Finnland) ein Projekt zur Stärkung der lokalen Partnerschaften für Beschäftigung durch. Die kroatische Arbeitsverwaltung hat in den vergangenen Jahren bereits erhebliche Anstrengungen unternommen, um auf lokaler Ebene Partnerschaften mit anderen Arbeitsmarktakteuren wie Stadtverwaltungen, Sozialpartnern, Kammern, Arbeitgebern, Bildungsinstitutionen und Nichtregierungsorganisationen (z.B. Frauenorganisationen, Behindertenverbände etc.) einzugehen. Diese Partnerschaften sollen sich an der Gestaltung und Umsetzung von lokalen Beschäftigungsstrategien aktiv beteiligen und somit dazu beitragen, dass die spezifischen Herausforderungen des lokalen Arbeitsmarktes angemessen abgebildet und bearbeitet werden. In vielen EU-Mitgliedstaaten gibt es bereits solche Beschäftigungspartnerschaften, so z.B. in verschiedenen Bundesländern Deutschlands (NRW, Brandenburg etc.), in Österreich, Belgien, Irland und Dänemark. Teilweise gehen diese Partnerschaften auf Initiative der EU vor mehr als 20 Jahren zurück und haben sich in den letzten Jahrzehnten sehr unterschiedlich entwickelt. Insbesondere weisen sie hinsichtlich ihrer geographischen Ausdehnung, ihrer Ziele (z.B. Dezentralisierung, Verknüpfung von Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik etc.), ihres Mandats (mit Beratungs-, Planungs- und/oder Koordinationsfunktion und/oder eigenen Dienstleistungen), ihrer Zusammensetzung (öffentliche Hand, Sozialpartner, zivilgesellschaftliche Organisationen, Privatwirtschaft) sowie ihrer Ressourcenausstattung (finanziell und personell) erhebliche Unterschiede auf. Ein

weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die Mitentscheidungskompetenz der Partnerschaften hinsichtlich des Einsatzes von EU Strukturfondsmittel.

Im Rahmen des laufenden Projektes wird das in früheren Projekten erarbeitete Konzept für lokale Beschäftigungspartnerschaften anhand der bisherigen Umsetzung in acht der insgesamt 21 kroatischen Landkreise in Kroatien überprüft und auf Grundlage der Ergebnisse überarbeitet. Gleichzeitig werden die 13 übrigen Landkreise dabei unterstützt, lokale Beschäftigungspartnerschaften zu gründen und für ihre Region zugeschnittene Beschäftigungsstrategien und Aktionspläne zu entwickeln. Im Hinblick auf den für 2012 erwarteten Beitritt Kroatien zur EU und den damit verbundenen Zugriff auf Mittel des Europäischen Sozialfonds kommt den Partnerschaften eine wichtige Rolle zu, wenn es um die Prioritätensetzung bei der Mittelvergabe und Entwicklung von zuschussfähigen Arbeitsmarktprojekten geht. Daher werden die Mitglieder der Partnerschaften dabei unterstützt, arbeitsmarktpolitische Projekte auf Grundlage der Aktionspläne zu entwickeln, die später zur Beantragung von ESF-Mitteln eingereicht werden können. Auf diese Weise soll die Absorptionsfähigkeit potentieller ESF-Projektträger rechtzeitig gestärkt werden.

4.5 Alterssicherung

Die von der EU finanzierte technische Zusammenarbeit im Bereich der *Alterssicherung* konzentrierte sich in jüngster Zeit auf spezifische Fragen wie z.B. die Versicherungsaufsicht (Mazedonien), Schattenwirtschaft und Beitragseinzug (Türkei) oder Modellrechungen/Simulationen zu den Auswirkungen von Rentenreformen (Azerbaijan). Fragen der Systemberatung bzw. grundsätzliche Fragen zur Ausrichtung von Alterssicherungssystemen standen vor allem im Balkan im Mittelpunkt. Derzeit werden diese Projekte jedoch in der Regel von der Weltbank /USAID finanziert und sind thematisch häufig ausgerichtet auf die Einführung privater kapitalgedeckter Altersicherungssysteme.

Deutlich mehr Aktivitäten der EU zeigen sich hingegen im Bereich *soziale Eingliederung* (social inclusion), hier wurden eine Reihe von größeren Projekten aufgelegt, bei denen die soziale Sicherung bzw. aktive soziale Eingliederung von besonders benachteiligten Gruppen im Mittelpunkt stand. Hier sind insbesondere die Balkanstaaten zu erwähnen, in denen die soziale Eingliederung von benachteiligten Gruppen wie z.B. den Roma oder Inlandsflüchtlingen eine hervorgehobene Stellung in der EU Beitrittsstrategie spielt. So sollen zum Beispiel im Rahmen eines EU Projekts in Serbien, auf das sich die GVG zusammen mit britischen und serbischen Partnern beworben hat, Kommunen soziale Angebote zur Eingliederung von Inlandsflüchtlingen entwickeln und umsetzen. Die Projekte sollen aus europäischen Strukturfonds kofinanziert und nach EU-Regeln ausgeschrieben und implementiert werden. Auf diese Weise soll neben dem Hauptziel der Aktivierung und sozialer Eingliederung benachteiligter Gruppen die Absorptionsfähigkeit potentieller (kommunaler) ESF-Projektträger rechtzeitig gestärkt werden. Auch im Kosovo finanzieren die EU sowie andere Geldgeber wie das britische DfiD (UK Department for international development) Projekte zur Dezentralisierung sozialer Dienste und insbesondere Stärkung der Kommunen in der Planung und Verwaltung sozialer Budgets.

4.6 Soziale Sicherung – Soziale Eingliederung

Die Aktivitäten der GVG im Bereich *Alterssicherung / soziale Sicherung / soziale Eingliederung* konzentrierten sich auch im vergangenen Jahr auf die Zusammenarbeit mit der Generaldirektion Beschäftigung (DG EMPL), insbesondere das **Expertennetzwerk**

asisp (Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms). Die Koordination des Netzwerkes durch die GVG wurde im Juni 2010 um weitere zwei Jahre verlängert. Darüber hinaus führt die GVG derzeit eine **Studie zur sozialen Sicherung und sozialen Eingliederung im südlichen Kaukasus** durch, die ebenfalls von der DG EMPL finanziert wird. Die von der GVG durchgeführte **Studie zur Alterssicherung von Frauen** ist zwischenzeitlich auf der website der europäischen Kommission veröffentlicht worden (http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5001&langId=en).

Im **Expertennetzwerk asisp** fand Ende März 2010 das jährliche große Netzwerktreffen in Brüssel unter reger Beteiligung der Europäischen Kommmission statt. Schwerpunktthemen waren Ungleichheiten im Gesundheitswesen, die zukünftige Entwicklung der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie aktuelle Aktivitäten der europäischen Kommission im Bereich der Altersicherung. Weiterhin sind im Frühjahr wieder ausführliche Berichte zur Entwicklungen im Bereich Alterssicherung/Gesundheit und Langzeitpflege für alle 34 Länder (EU Mitgliedstaaten, Beitrittskandidaten, EFTA/EEA Länder) erstellt worden. Zentrale Inhalte der Berichte sind aktuelle Reformen sowie länderspezifische Analysen zu den Auswirkungen jüngster Reformen gewesen. Ein besonderer Schwerpunkt lag auch in diesem Jahr wieder auf den Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die sozialen Sicherungssysteme in den Mitgliedstaaten. Im Sommer 2010 wurden darüber hinaus gesonderte kurze Sachstandsberichte zu den Auswirkungen der Krise auf den Bereich „Soziale Dienste“ angefordert. Diese Berichte analysieren vor allem die aktuellen Entwicklungen im Bereich Kinderbetreuungseinrichtungen, Arbeitsberatung und -vermittlung, Wohnungspolitik und Pflegedienste und wurden von der Kommission als Zulieferung für den 2-jährlichen Bericht zu sozialen Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, der im Herbst 2010 erstellt wird, verwendet. Weitere Aktivitäten des Netzwerkes waren spezifische Ausarbeitungen zu den sozialen Sicherungssystemen in Bulgarien und Rumänien; Unterstützung bei der Übersetzung eines Glossars, dass die Kommission für das Grünbuch Alterssicherung erstellt hat sowie länderspezifische Kommentare zu Reformgesetzen und nationalen Berichten wie zum Beispiel dem kroatischen Jahresbericht im Rahmen des *Joint Inclusion Memorandums*. Mit der Verlängerung des Vertrages um weitere zwei Jahre sind einzelne Expertinnen und Experten im Netzwerk neu benannt worden. Für Deutschland wird für den Bereich Alterssicherung weiterhin der GVG Ausschussvorsitzende Prof. Dr. Winfried Schmähl berichten, der Bereich Gesundheit und Langzeitpflege wird von Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI Essen übernommen. Dr. Augurzky wird in seiner Funktion als asisp-Experte für die GVG auch an einem *Peer review* zum Thema Langzeitpflege teilnehmen, zu dem verschiedene Mitgliedstaaten von Deutschland im Oktober 2010 nach Murnau eingeladen werden.

Die Studie zur **sozialen Sicherung und sozialen Eingliederung im südlichen Kaukasus** wird Anfang 2011 abgeschlossen. Die GVG erstellt für die Europäische Kommission einen Synthesebericht, der auf drei Länderstudien zu Armenien, Azerbaijan und Georgien beruht. Die sozialen Sicherungssysteme in den drei Ländern stehen vor vielfältigen Herausforderungen. Der Arbeitsmarkt in allen drei Ländern ist durch einen hohen Grad an Informalität gekennzeichnet. Die Armutsquoten sind hoch, der Zugang zum Gesundheitswesen ist durch hohe private Zuzahlungen nicht für alle gewährleistet. Die Ausgaben für Gesundheit und Altersicherung liegen – auch im Vergleich zu anderen ehemaligen Staaten der Sowjetunion – ausgesprochen niedrig. Zudem sind die Länder durch die regionalen Konflikte einerseits mit einer großen Anzahl von Flüchtlingen konfrontiert, zum anderen arbeitet eine hoher Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung im Ausland und viele Familienangehörige sind auf Rücküberweisungen (remittances) angewiesen. Die sozialpolitischen Entwicklungen in den drei Ländern sind jedoch sehr unterschiedlich: Während Georgien eine einheitliche Staatsbürgerrente eingeführt und das

Gesundheitswesen weitgehend privatisiert hat, gibt es in Azerbaijan und Armenien Absichten, die Altersicherung auf ein Mehr-Säulenmodell mit umlage- und kapitalgedeckter Rente umzustellen. Gesundheitsreformen sind jedoch weitgehend ausgeblieben. Der Synthesebericht der GVG wird die Situation und sozialpolitischen Entwicklungen in den drei Ländern vergleichend analysieren. Die Studie gehört zu einer Reihe von Studien zu den „Eastern Partnership" Ländern. Studien über Weissrussland, Moldavien und der Ukraine wurden bereits von der Kommission veröffentlicht (http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=892&furtherNews=yes).

4.7 Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern

Das Recht auf Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer garantiert, dass sich Unionsbürger(inne)n und ihre Familienangehörigen zu Arbeitszwecken frei in der EU bewegen und aufhalten dürfen; es untersagt jede Form der Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit und gewährleistet Gleichbehandlung mit den Staatsangehörigen des Gastlandes hinsichtlich des Zugangs zu Beschäftigung und der Arbeitsbedingungen und schützt die sozialen Rechte der Arbeitnehmer(inne)n und ihrer Familienangehörigen. Im Laufe der letzen 40 Jahre wurde der ursprünglich auf die erwerbstätige Bevölkerung beschränkte Grundsatz der Freizügigkeit auf andere Teile der Bevölkerung ausgedehnt und weiterentwickelt. Die Arbeitnehmerfreizügigkeit, in Artikel 45 (ex-Artikel 39 EGV) des Vertrages über die Arbeitsweise der EU verankert, ist heute ein Teil des allgemeinen Rechts auf Personenfreizügigkeit, die den EU-Bürger(inne)n unter bestimmten Bedingungen auch das Recht einräumt, sich in andern EU-Ländern zur Ruhe zu setzen, zu studieren und zu wohnen, ohne einer wirtschaftlichen Tätigkeit nachzugehen.

Die Arbeitnehmerfreizügigkeit wurde beständig durch sekundärrechtliche Vorschriften weiterentwickelt, insbesondere durch Verordnung 1612/68 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer(inne)n innerhalb der Gemeinschaft und Richtlinie 2004/38/EG über das Recht auf Aufenthalt. Zudem wird sie durch ein System zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (Verordnung 883/2004/EG und 987/2009/EG) ergänzt sowie durch ein System zur Gewährleistung der gegenseitigen Anerkennung von Diplomen (Richtlinie 2005/36/EG). Um die Verwirklichung des Rechts auf Freizügigkeit der Unionsbürger(inne)n zu unterstützen, haben sich die öffentlichen Arbeitsverwaltungen der EU-Mitgliedstaaten und andere Partnerorganisationen im Rahmen des EURES-Netzwerkes zusammengeschlossen; EURES bietet mit seinem Netz von über 700 Fachleuten europaweit und einem internetbasierten Portal zur beruflichen Mobilität umfassende Informationen und Beratung zum Thema *Leben und Arbeiten in Europa* und leistet wertvolle Unterstützung bei der grenzüberschreitenden Arbeitsvermittlung.

Als einer der Grundpfeiler des EU-Rechts nimmt die Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bei den Beitrittsverhandlungen zwischen der EU und den Beitrittskandidatenländern eine bedeutende Rolle ein. Daher gehörte sie auch stets zu den Bereichen, die die EU-Kommission in den letzten 10 Jahren im Rahmen ihrer Heranführungsstrategie durch Finanzierungshilfen und mit Programmen zum institutionellen Aufbau in den Bewerberländern gefördert hat. Insbesondere wurden im Rahmen des EU Twinning-Programms zahlreiche Projekte aufgelegt mit dem Ziel, die zukünftigen EU-Länder bei der Umsetzung des EU-Rechts zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, dem Ausbau der EURES-Kapazitäten innerhalb der Arbeitsverwaltungen und der Weiterentwicklung der Verwaltungsstrukturen zur Vorbereitung der EU-weiten Anerkennung von Diplomen zu unterstützen. Die GVG hat diesen Prozess stets aktiv begleitet und mehrere Projekte im Auftrag der zuständigen deutschen Bundesministerien und in Partnerschaft mit weiteren deutschen Institutionen in diesen Bereichen umgesetzt. Diese Projekte wurden bis ins Jahr 2009 hinein in den Ländern, die 2004 und 2007 zur EU beigetreten sind, zuletzt im Rahmen der sog. *Transition Facility* Phase

implementiert. Diese sieht vor, dass Twinning-Projekte innerhalb eines begrenzten Zeitraums auch nach dem EU-Beitritt durchgeführt werden können, um noch verbleibende Schwierigkeiten in der Umsetzung des *Acquis communautaire* zu bewältigen.

In den letzten zwei bis drei Jahren standen jedoch die Staaten des westlichen Balkans, insbesondere **Kroatien** als nächster Beitrittskandidat[3], verstärkt im Fokus der EU-Arbeit. Der letzte Fortschrittsbericht der EU Kommission betreffend Kroatien[4] attestierte dem Land gute und beständige Fortschritte bei der Übernahme von EU-Standards im Bereich der Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. So konnten die Beitrittsverhandlungen zu diesem Kapitel auch im Oktober 2009 vorerst abgeschlossen werden. Parallel hierzu wurde eine Reihe von Projekten durch die EU initiiert, welche die Integrationsbemühungen Kroatiens in diesem Bereich unterstützen sollten. Hierzu gehören auch zwei Twinning-Projekte, die die GVG für das BMAS vorbereitet hat. Diese Projekte befassen sich zum einen mit der Vorbereitung der kroatischen Arbeitsverwaltung auf die Integration in das EURES-Netzwerk und zum anderen mit der Stärkung der Kapazitäten der kroatischen Institutionen der sozialen Sicherung auf dem Gebiet der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

Bei der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherung besteht die Herausforderung für Kroatien darin, ab dem ersten Tag des EU-Beitritts das „neue“ EU-Koordinierungsrecht (VO EG 883/2004 und 987/2009) anwenden zu müssen, welches seit Mai 2010 in Kraft ist, ohne vorher die Gelegenheit gehabt zu haben, wesentliche Erfahrungen mit der Umsetzung des „alten“ Rechts nach den Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 gesammelt zu haben, wie es den bisherigen jüngsten EU-Mitgliedstaaten möglich war. Als nicht EU-Mitglied war Kroatien zudem nicht in die Vorbereitungsarbeiten zur Reform des Koordinierungsrechts involviert. Ein Vorteil bei der Umsetzung der neuen EU-Gesetzgebung dürfte jedoch darin liegen, dass Kroatien eine lange Tradition der Anwendung von bilateralen Sozialversicherungsabkommen vorzuweisen hat, welche bereits auf die Zeit des ehemaligen Jugoslawien zurückgeht. In vielen dieser Abkommen mit EU-Mitgliedsländern kommen die Grundprinzipien des EU-Rechts (Gleichbehandlung, Leistungsexport, Zusammenzählen von Versicherungszeiten, usw.) bereits zur Anwendung.

Mit den neuen EU-Verordnungen besteht zudem für die kroatischen Sozialversicherungsträger die Verpflichtung, Daten und Informationen im Rahmen des neu aufgebauten EU-weiten EESSI Systems nur auf elektronischem Wege auszutauschen. Es ist davon auszugehen, dass dies noch eine Reihe von zusätzlichen Investitionen und Anpassungen im kroatischen Sozialversicherungssystem erfordern wird.

Auf dem EURES-Gebiet sieht sich Kroatien mit der Aufgabe konfrontiert, die von der EU Kommission im Hinblick auf die EU-Erweiterung des Jahres 2004 modernisierten EURES-Rahmenbedingungen umzusetzen, die ein EURES-Netz der zweiten Generation ins Leben gerufen haben[5] . Ziel der EU Kommission ist es dabei, EURES als zentrales Instrument der Vernetzung der Arbeitsverwaltungen des Europäischen Wirtschaftsraums zu konsolidieren und die berufliche und geografische Mobilität zu einem Schlüsselelement der Europäischen Beschäftigungsstrategie zu machen. Dabei legt die EURES-Satzung die Arbeitsweise des Netzwerks für die Mitglieder und Partner genau dar. Dies sieht die Schaffung eines einheitlichen Systems für den Informationsaustausch vor, das die Art der Informationen, die Häufigkeit des Austauschs und die Zugangsmöglichkeiten

[3] Ein offizieller Beitrittstermin Kroatiens zur EU wurde nicht verkündet. Es wird davon ausgegangen, dass Kroatien im Jahre 2012 der EU beitreten könnte.

[4] Croation Progrees Report 2009

[5] Entscheidung (EG) Nr. 8/2003 der Kommission vom 23. Dezember 2002 zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates hinsichtlich der Zusammenführung und des Ausgleichs von Stellenangeboten und Arbeitsgesuchen

beschreibt. Zudem enthält die EURES-Satzung eine detaillierte Beschreibung der Aktivitäten der EURES-Partner; sie schreibt die Festlegung von Zielen, die Erarbeitung von Kommunikationsplänen und die Einhaltung von Qualitätsstandards vor. Ferner beinhaltet sie für die EURES-Partner die Verpflichtung, Arbeitspläne für einen Dreijahreszeitraum vorzulegen und alle EURES-Aktivitäten regelmäßig zu evaluieren.

Preparation of the Croatian Employment Service for joining the EURES network

Das Twinning-Light Projekt wird unter der Schirmherrschaft des BMAS in Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit, der GVG und der kroatischen Arbeitsverwaltung durchgeführt. Es ist seit Mitte September 2010 in der Umsetzung und wird voraussichtlich im Juni 2011 abgeschlossen sein. Die Projektaktivitäten werden durch ein Kernteam von deutschen Expert(inn)en implementiert mit zusätzlicher Unterstützung durch Expert(inn)en aus den Niederlanden und der tschechischen Republik. Schwerpunkte des Projektes sind:

- Eine Analyse der derzeitigen Strukturen der kroatischen Arbeitsverwaltung und der Geschäftsprozesse im Bereich der Arbeitsvermittlung und die Formulierung von Empfehlungen zur Verbesserung im Hinblick auf eine zukünftige Integration in das EURES-Netzwerk und auf die im neuen EU-Kontext zu bewältigenden Aufgaben
- Die Erarbeitung von schriftlichen praktischen Arbeitsanweisungen zur Unterstützung des täglichen Arbeitsablaufs der zukünftigen EURES-Mitarbeiter(innen)
- Eine Analyse des derzeitigen IT-gestützten Informationssystems der kroatischen Arbeitsverwaltung und die Erarbeitung von Empfehlungen im Hinblick auf eine Vernetzung mit dem europäischen Portal zur beruflichen Mobilität und den Austausch von Stellenbeschreibungen
- Eine Reihe von Schulungsmaßnahmen zu EURES-relevanten Themen für zukünftige EURES-Berater(innen), EURES-Manager(innen) und andere Berater(innen) der kroatischen Arbeitsverwaltung
- Die Durchführung einer Studienreise nach Deutschland und in einen zweiten „neuen" EU-Mitgliedstaat zu EURES Themen
- Die Förderung der Kommunikationsarbeit im EURES Bereich und die Entwicklung und Drucklegung einer Informationsbroschüre zu EURES für die Öffentlichkeit

4.8 Sozialer Dialog

Seit September 2009 führt die GVG für die Europäische Kommission eine **Studie über den sozialen Dialog auf den Westbalkan** durch. Die Studie umfasst die sieben Länder Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Kroatien, Mazedonien, Montenegro und Serbien. Sie soll einen vergleichenden Überblick über die Sozialpartner und den sozialen Dialog in den jeweiligen Ländern geben; der Schwerpunkt liegt dabei auf dem branchenübergreifenden sozialen Dialog auf nationaler Ebene. Mittlerweile liegen die Ergebnisse der Studie vor.

Studie zum sozialen Dialog auf dem Westbalkan

Gemeinsam ist den Ländern eine politische und wirtschaftliche Vergangenheit. Mit Ausnahme Albaniens sind alle Länder aus dem ehemaligen Jugoslawien hervorgegangen und verfügen damit über sehr ähnliche politische und wirtschaftliche Erfahrungen und Rechtstraditionen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass viele Probleme allen Ländern gemeinsam sind, wenn auch die Schwere von Land zu Land variiert.

In allen Ländern existierte bis Anfang der 90er Jahre ein System des sozialen Dialoges, das gekennzeichnet war durch das Fehlen von Arbeitgeberverbänden und durch sehr staatsnahe Gewerkschaften, die in erster Linie als Wohlfahrtsorganisationen tätig waren.

Mit den politischen und wirtschaftlichen Reformen Anfangen der 90er Jahre musste also auch ein völlig neues System der Sozialpartnerschaft und des sozialen Dialoges entstehen. Dabei hatten die Gewerkschaften als existierende Großorganisationen einen vermeintlichen Vorteil gegenüber den Arbeitgeberverbänden, die erst noch geschaffen werden mussten. Als Teil des alten Systems besaßen sie allerdings ein geringes Ansehen; gleichzeitig war es nicht einfach bestehende Traditionen und Selbstverständnisse den neuen Gegebenheiten anzupassen. Hinzu kam gerade in den ersten Jahren eine starke Politisierung, was in fast allen Ländern zu mehreren Gewerkschaftsverbänden führte, die häufig aus Abspaltungen entstanden und um Mitglieder und Ressourcen kämpften. Da den Gewerkschaften zunächst auf Arbeitgeberseite ein Ansprechpartner fehlte, stellte der Staat den wichtigsten Ansprechpartner dar; eine Ersatzfunktion übernahmen auch die existierenden Kammern, die in den Anfangsjahren häufig Tarifverträge auf Arbeitgeberseite unterzeichneten.

Arbeitgeberverbände wurden mit Ausnahme Kroatiens erst ab Ende der 90er Jahre geschaffen. Auch hier existieren in den meisten Ländern mehrere Verbände parallel nebeneinander – allerdings ohne die erbitterte Konkurrenz, wie sie zum Teil auf Gewerkschaftsseite besteht. Entsprechend handelt es sich um verhältnismäßig kleine Organisationen, die meist entweder aus wenigen, großen Unternehmen oder aber aus vielen, kleinen Betrieben bestehen und sich häufig stärker als Interessensorganisationen denn als Sozialpartner verstehen. Sie agieren daher in erster Linie branchenübergreifend auf nationaler Ebene; in den einzelnen Branchen und auch auf lokaler Ebene sind die Organisationen meist schwach vertreten, was natürlich mit entsprechenden Auswirklungen etwa auf den sozialen Dialog auf Branchenebene verbunden ist.

Von Seiten der Regierung wird nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass alle Länder einen Beitritt zur Europäischen Union anstreben, die Wichtigkeit des sozialen Dialogs betont. Allerdings wird von Regierungsseite wenig getan, um den sozialen Dialog zu fördern. Darüber hinaus besteht gerade in Punkto der Durchsetzungskraft des Arbeitsrechts deutlicher Nachholbedarf.

Der soziale Dialog auf nationaler Ebene wird in fast allen Ländern durch ein zentrales, tri-partites Gremium – meist Wirtschafts- und Sozialrat genannt – gekennzeichnet. Dies bietet auf der einen Seite den Vorteil, dass den Sozialpartnern Dialog eine Plattform zur Verfügung steht, über die sie Interessen einbringen können und gleichzeitig auch eine breitere Öffentlichkeit erreichen können. Allerdings bringt die Fokussierung auf ein Gremium auch Nachteile. Der bi-partite soziale Dialog in den Branchen wird dadurch geschwächt. Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre, dass die Regierung das jeweilige Gremium dominiert und die Sozialpartner in den Beratungen nicht als gleichwertige Partner ansieht. Dadurch hat das jeweilige zentrale tri-partite Gremium nur eine begrenzte Wirksamkeit erreicht und wird häufig eher als Debattierclub betrachtet. Spezialisierte bi-partite oder tri-partite Gremien etwa in der Sozialversicherung existieren zwar; ihnen wird aber selbst von Seiten der Sozialpartner kaum Bedeutung beigemessen.

Natürlich unterscheiden sich die Lage der Sozialpartner und die Qualität des sozialen Dialoges von Land zu Land. Vereinfacht gesagt, lässt sich festhalten, dass Kroatien den anderen Ländern etwas voraus ist. Bosnien und Herzegowina sowie der Kosovo haben bisher kaum einen funktionierenden sozialen Dialog auf nationaler Ebene entwickeln können. Dies zeigt, dass zwischen einem stabilen politischen und wirtschaftlichen System und einem funktionierenden sozialen Dialog – in beiderlei Richtung – ein enger Zusammenhang besteht. Die Regierungen und Sozialpartner in Europa sollten daher die Entwicklung der Sozialpartner und des sozialen Dialoges auf dem Westbalkan noch stärker fördern. Dabei ist gerade im Rahmen der (Vor-)Beitrittsverhandlungen von Seiten der Europäischen Union darauf zu achten, dass die Unterstützung des sozialen Dialoges seitens der jeweiligen Regierung nicht nur ein Lippenbekenntnis ist, sondern auch im Handeln deutlich wird.

4.9 Gleichstellung

Gleichstellung und Antidiskriminierung stellt zum einen eine Querschnittsaufgabe in allen Themenbereichen der internationalen Arbeit der GVG dar. Zugleich existiert aber auch ein eigenständiger Arbeitsbereich und es werden immer wieder Projekte durchgeführt, die sich speziell mit diesem Themenkomplex beschäftigen. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt in der Gleichstellung der Geschlechter. In der Europäischen Union existiert zum Thema mittlerweile eine Reihe von einschlägigen Richtlinien, die in den letzten Jahren Schritt für Schritt ergänzt wurden. Auch das Prinzip des *Gender Mainstreaming* ist auf europäischer Ebene mittlerweile verankert. Da schon von Beginn der EU an die Gleichstellung von Mann und Frau im Arbeitsleben vertraglich festgeschrieben war, ist es nicht überraschend, dass die weitere Gesetzgebung hier angeknüpft hat. So betreffen auch die meisten in diesem Themenfeld angesiedelten EU-Projekte, die ja andere Staaten an die EU heranführen sollen, den Bereich *Arbeit* und insbesondere die Förderung der Gleichstellung der Geschlechter im Arbeitsleben.

Diese Gleichstellung ist dabei zunächst rechtlich festzuschreiben; zudem ist von staatlicher Seite dafür Sorge zu tragen, dass akzeptable Möglichkeiten zur Rechtsdurchsetzung – etwa Klagemöglichkeiten – vorhanden sind. Am wichtigsten, aber auch am schwierigsten umzusetzen ist die tatsächliche Gleichstellung der Geschlechter in der Realität. Hierzu bedarf es neben dem rechtlichen Rahmen auch einer Politik, die sich des Themas annimmt und konkrete Schritte unternimmt, Gleichstellung zu fördern. Dabei ist die rechtliche Gleichstellung von Frauen und Männern im Arbeitsleben nur die eine Seite der Medaille; viel schwieriger ist es, die gesellschaftlichen Realitäten so zu verändern, dass eine tatsächliche Gleichstellung der Geschlechter auch möglich ist.

In einem gerade gestarteten Twinning-Projekt in der Türkei, in dem deutsche und österreichische Expertinnen und Experten das türkische Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherung beraten, wird dies deutlich. Auch in der Türkei spielt dieses Thema eine zunehmende Rolle, wie etwa die jüngste Verfassungsänderung zeigt durch die nun positive Diskriminierung im Sinne der Förderung von Gleichberechtigung ausdrücklich erlaubt wird. Zwar liegt die Frauenerwerbsquote insgesamt deutlich unter europäischem Niveau; Es gibt aber auf der anderen Seite eine große Minderheit sehr gut ausgebildeter Frauen und der Anteil an Ärztinnen, Anwältinnen oder Professorinnen ist auch im europäischen Vergleich verhältnismäßig hoch. Daneben gilt aber gerade in ländlichen Gegenden immer noch, dass die Bildung von Mädchen vernachlässigt wird, dass Frauen vor allem in der Landwirtschaft und kleinen Betrieben meist in prekären Arbeitsverhältnissen oder als unbezahlte Familienmitglieder ohne entsprechenden Sozialschutz arbeiten.

Ziel des Projektes ist es zunächst, das türkische Recht in Einklang mit europäischem Recht zu bringen. Hierzu werden zunächst das türkische Arbeits- und Sozialversicherungsrecht vor dem Hintergrund des bestehenden europäischen Rechts analysiert. Bei eventuellen Gesetzeslücken werden Empfehlungen abgegeben, wie das türkische Recht in Einklang mit dem EU-Acquis gebracht werden kann. Die eigentlichen Gesetzesreformen müssen natürlich von türkischer Seite vorgenommen werden. Aufgabe des Projektes ist es hier, die türkischen Kolleginnen und Kollegen mit Empfehlungen und Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern zur Seite zu stehen und gesellschaftliche Akteure wie Sozialpartner und Nichtregierungsorganisationen in den Prozess mit einzubeziehen.

Darüber hinaus werden Expertinnen und Experten aus der türkischen Verwaltung in Fragen der Gleichstellung der Geschlechter geschult. Die rechtliche Dimension wie etwa die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs zum Thema stellen nur einen Aspekt

dar. Wichtiger wird es sein für das Thema zu sensibilisieren und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie neben der Garantie der rechtlichen Gleichstellung Politik zu gestaltet werden kann, dass sie zur tatsächlichen Gleichberechtigung beiträgt und diese aktiv fördert. Daher werden auch spezifische Fortbildungen etwa für Fachleute aus der Sozialversicherung oder den Arbeitsinspektionen angeboten.

Schließlich soll durch das Projekt nicht nur die türkische Verwaltung angesprochen werden, sondern auch Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, NROs und Medien um damit das Thema in eine breitere Öffentlichkeit zu bringen. Konkret geht es dabei um die Entwicklung von Informationsmaterialien aber auch um die gemeinsame Planung und Durchführung einer Ausstellung und einer Konferenz. Zusammen mit den Verantwortlichen für die Öffentlichkeitsarbeit im türkischen Arbeitsministerium sollen Wege aufgezeigt werden wie das Thema besser in den Medien platziert und wie die Bevölkerung stärker dafür sensibilisiert werden kann.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales koordiniert. Projektpartner ist das Ludwig-Boltzmann Institut in Wien. Projektleiter ist Herr Rudolf Anzinger, ehemaliger Staatssekretär im BMAS.

5. Wort-/Bildmarke *GVG*

Nachdem im April 2009 die Eintragung der Wort-/Bildmarke der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. beim Deutschen Patent- und Markenamt erfolgt ist, wurde zum 31. Januar 2010 die Wort-Bildmarke „GVG“ auch als Gemeinschaftsmarke 008 461 931 angemeldet.

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, Berlin

Dr. Günther E. Buchholz
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Köln

Dr. Hildegard Demmer
Hauptabteilungsleiterin Verbandsarbeit und Kommunikation BKK Bundesverband, 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

Dr. Axel Reimann
Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin

Dr. Herbert Rische
Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin
(Vorsitzender 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, Berlin

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.

Aon Jauch & Hübener Consulting GmbH

Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Berlin

Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V., Heidelberg

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

BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd

Bayerische Ärzteversorgung, München

BKK Bundesverband, Essen

Bundesärztekammer, Berlin

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

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

Heubeck AG, Köln

Knappschaft-Bahn-See, Bochum

R+V Lebensversicherung AG, Wiesbaden

Towers Watson Deutschland GmbH, Wiesbaden

ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin

ver.di-Bundesvorstand, Berlin

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

Prof. Dr. Diether Döring, Frankfurt/Main

Dr. Reinhard Hinne, Grünwald

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, St. 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.

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Berlin

Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V., Heidelberg

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

B.A.D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH

BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd

Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

BKK Bundesverband, Essen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main

Bundesärztekammer, Berlin

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

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., Berlin

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, Berlin

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, Bad Homburg

Rhön-Klinikum AG Büro Berlin, Berlin

Saline Bad Sassendorf GmbH, Bad Sassendorf

Techniker Krankenkasse – Hauptverwaltung, Hamburg

Towers Watson Deutschland GmbH, Wiesbaden

ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin

ver.di-Bundesvorstand, Berlin

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

Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

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

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, St. Augustin

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

Vorsitz: Dr. Rainer Hess, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

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.

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitskreis Frauengesundheit, Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Berlin

B.A.D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH

BAG der PatientInnenstellen /

Patientenstelle Bielefeld im Gesundheitsladen e.V., Bielefeld

BARMER GEK, Wuppertal / Schwäbisch Gmünd

Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

BKK Bundesverband, Essen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt

Bundesärztekammer, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Aalen

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, Hamburg

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin

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

GKV-Spitzenverband, Berlin

GlaxoSmithKline, München

IKK e.V., Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Lundbeck GmbH, Hamburg

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, Düsseldorf

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar

Robert Koch-Institut, Berlin

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 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. 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.

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd

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

Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

Gewerkschaft der Sozialversicherung im Deutschen Beamtenbund, Bonn

GKV-Spitzenverband, Berlin

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

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 Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Berlin

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, St. 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.

Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Berlin

AOK-Bundesverband, Berlin

Ärztekammer Niedersachsen, Hannover

Nordrheinische Ärzteversorgung, Düsseldorf

BARMER GEK, Wuppertal

BKK Bundesverband, Essen

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

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Central Krankenversicherung AG, Köln

Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Debeka Krankenversicherung VVaG, Koblenz

Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, St. Augustin

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin

Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Deutscher Hausärzteverband e.V., Köln

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bonn

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. Berlin

GKV-Spitzenverband, Berlin

IKK e.V., Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Klinik Bavaria, Kreischa

Knappschaft-Bahn-See, Bochum

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

Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH, Eschborn

Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln

Prof. Dr. med. Peter Deeg, Bad Kissingen

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, St. Augustin

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Troisdorf

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.

Allgemeine Hospitalgesellschaft, Düsseldorf

AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Berlin

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, Goslar

B.A.D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH

BARMER GEK, Wuppertal / Schwäbisch Gmünd

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

Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Berlin

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin

Deutscher Heilbäderverband e.V., Berlin

DHV – Die Berufsgewerkschaft e.V., Hamburg

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Berlin

GKV-Spitzenverband, Berlin

IKK e.V., Berlin

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

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.

ver.di – Bundesvorstand, Berlin

Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V., Bad Nauheim

Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln

Prof. Dr. med. Peter Deeg, Bad Kissingen

Wilfried Gleitze, Münster

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Berlin

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, St. Augustin

Wilhelm Scheidgen, Bergisch-Gladbach

Heiner Schülke, Meersburg

Udo Schulte-Mimberg, Wachtberg-Liessem

ORGANIGRAMM der GVG-GESCHÄFTSSTELLE

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. GVG

Mitglieder | **Präsidium** | **Vorstand**

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

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

Stabstellen

- **Finanzen**
- **Controlling**
- **Buchhaltung**
  p.stolz@gvg-koeln.de
- **Personal**
- **Vertragswesen**

GVG-Ausschüsse – Nationaler Bereich

- **Alterssicherung**
  Dr. Sabine Horstmann
  s.horstmann@gvg-koeln.de
- **Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen**
  Martin Wrede
  m.wrede@gvg-koeln.de
- **Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen**
  gesundheitsziele.de
  Martina Thelen
  m.thelen@gvg-koeln.de
- **eHealth / Telematik im Gesundheitswesen**
  Jürgen Dolle
  j.dolle@gvg-koeln.de
- **Pflege / Rehabilitation**
  Martin Wrede
  m.wrede@gvg-koeln.de
- **EU**
  Birgit Garbe-Emden
  b.garbe-emden@gvg-koeln.de
- **Konferenzen**
  Melanie Bestmann
  m.bestmann@gvg-koeln.de

GVG-Fachteams – Internationale Projektarbeit

- **Alterssicherung**
  Dr. Sabine Horstmann
  s.horstmann@gvg-koeln.de
- **Gesundheit Rehabilitation / Pflege**
  Martin Wrede
  m.wrede@gvg-koeln.de
- **Arbeitsschutz Unfallversicherung**
  Holger Trechow
  h.trechow@gvg-koeln.de
- **Arbeitsmarkt, ESF**
  Birgit Garbe-Emden
  b.garbe-emden@gvg-koeln.de
- **Sozialer Dialog**
  Joachim Hülsmann
  j.huelsmann@gvg-koeln.de
- **Freizügigkeit von Arbeitnehmer/(-inne)n**
  Nathalie Bélorgey
  n.belorgey@gvg-koeln.de
- **Sozialhilfe Soziale Eingliederung**
  Dr. Sabine Horstmann
  s.horstmann@gvg-koeln.de
- **Gleichstellung und Antidiskriminierung**
  Joachim Hülsmann
  j.huelsmann@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