



Vorwort

Seit über 60 Jahren leistet die GVG ihren Beitrag zur Weiterentwicklung unseres freiheitlichen, pluralistischen Systems der sozialen Sicherung. Das Ziel daran mitzuwirken für alle Menschen in Deutschland einen verlässlichen Schutz vor zentralen, den Einzelnen überfordernden Lebensrisiken bereit zu stellen, ist dabei handlungsleitend. Gerade in einer Zeit finanz- und währungspolitischer Unsicherheiten kommt einer glaubwürdigen und verlässlichen sozialen Absicherung der Menschen eine besondere Bedeutung zu. Aber auch einen verantwortungsvollen Umgang mit großen Zukunftsthemen, wie zum Beispiel den Auswirkungen des demografischen Wandels, fordern die Menschen zu Recht ein.

Diese Herausforderungen und sich verändernde Rahmenbedingungen machen einen regelmäßigen und strukturierten Dialog aller an der Organisation der sozialen Sicherung Beteiligten unerlässlich. Diesen für ihre Mitglieder aus den verschiedenen Bereichen zu organisieren und zu unterstützen, war auch im Geschäftsjahr 2010/2011 eine zentrale Aufgabe der GVG. Aktuelle Reformvorhaben, wie das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ und die geplanten Änderungen in der Pflegeversicherung oder Modelle zur Vermeidung von Altersarmut, wurden in den Ausschüssen der GVG ebenso analysiert und diskutiert, wie die Chancen mit telemedizinischen Verfahren künftig die Versorgung von Patientinnen und Patienten besser und wirtschaftlicher zu machen.



Dr. Herbert Rische
Vorsitzender der GVG

Um die begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens effektiv einzusetzen und Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld zu schaffen, bedarf es einer gemeinsamen Zielorientierung aller beteiligten Akteure. Die GVG leistet hier einen Beitrag, indem sie den nationalen Gesundheitszieleprozess moderiert und koordiniert. Die Plattform *gesundheitsziele.de* bündelt inzwischen die Aktivitäten und Interessen von über 70 Institutionen und Organisationen inklusive des Bundes und der Länder.

In der internationalen Projektarbeit steht die GVG seit vielen Jahren für hochwertige Forschungsleistungen und fundierte Expertise. Mit Expertennetzwerken und Studien zur sozialen Sicherung in Europa hat sie in den letzten Jahren ein exzellentes europäisches Netzwerk aufgebaut. 2011 hat sich nach den als „arabischer Frühling“ oder „Arabellion“ bekannt gewordenen politischen Veränderungen in Nordafrika auch ein neuer Tätigkeitsraum für die GVG eröffnet. Ziel der ersten mit EU-Mitteln geförderten Maßnahmen ist es, die soziale Lage der Menschen in den nordafrikanischen Reformstaaten zu verbessern. Die GVG ist hier – nicht zuletzt aufgrund ihrer institutionellen Verbindung zu den Trägern der deutschen Sozialen Sicherung – ein interessanter Projektpartner. Aber auch in den traditionellen Projektländern in Mittel- und Osteuropa wurde im Berichtszeitraum die Arbeit im Auftrag der EU, der Weltbank sowie weiterer Auftraggeber erfolgreich fortgesetzt.



Sylvia Weber
Geschäftsführerin

Inhalt

NATIONALE TÄTIGKEITEN	5
Ausschuss Alterssicherung	5
Ausschuss eHealth Telematik	6
Ausschuss Europa	7
Ausschuss Ökonomische Orientierung	8
Ausschuss Pflege Rehabilitation	9
Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“	10
INTERNATIONALE AKTIVITÄTEN	12
Fachteam Gesundheit	14
Fachteam Arbeitsschutz Unfallversicherung	16
Fachteam Arbeitsmarkt	18
Fachteam Soziale Eingliederung	20
Fachteam Alterssicherung Soziale Sicherung	22
Übersicht Internationale Projekte	24
Öffentliche Veranstaltungen Publikationen	25
Die Geschäftsstelle der GVG	26
Organigramm der GVG-Geschäftsstelle	27
Vorstand der GVG Präsidium der GVG	28
Mitgliederliste der GVG	30

Ausschuss Alterssicherung



Auch unabhängig von der Finanzmarktkrise stehen Alterssicherungssysteme nicht nur in Deutschland vor Herausforderungen, mit denen sich der Ausschuss befasste.

Studienreise nach Großbritannien

So hat sich der Ausschuss im Rahmen einer Studienreise nach Großbritannien über die umfassenden Änderungen im britischen Rentenrecht der Jahre 2007 und 2008 informiert. Prägend für das britische Rentensystem ist das Nebeneinander eines zweigliedrigen staatlichen Alterssicherungssystems (*Basic State Pension* und *State Second Pension*), der betrieblichen und privaten Alterssicherung sowie als Auffangsystem den staatlichen Aufstockungsleistungen (*State top-ups*).

Eine der wichtigsten Veränderungen ist – wie auch in anderen europäischen Ländern – das Anheben des Renteneintrittsalters. Der ursprünglich für diesen Prozess vorgesehene Zeitraum wurde durch die Regierung Cameron noch einmal gestrafft. So soll zunächst das Renteneintrittsalter für Frauen bis November 2018 dem von Männern angeglichen werden, um dann in einem zweiten Schritt bis April 2020 auf 66 Jahre anzusteigen. Bis 2046 wird die Grenze auf 68 Jahre angehoben.

Auch die Rentenbedingungen im öffentlichen Bereich stehen zur Diskussion. Die Regierung hatte eine Kommission unter Leitung von Lord John Hutton mit der Erarbeitung von Reformoptionen beauftragt. Kern der vorgeschlagenen Änderungen ist die Umstellung der Berechnungsgrundlagen der Rente vom letzten tatsächlichen auf ein Durchschnittsgehalt. Außerdem wird auch für den öffentlichen Bereich eine Anhebung der Altersgrenzen erwogen.

Auch im Bereich der betrieblichen Alterssicherung gibt es weitreichende Veränderungen. Unter dem Stichwort *automatic enrolment* werden ab 2012 alle Beschäftigten zwischen dem 22. Lebensjahr und dem Renteneintrittsalter, die mehr als GBP 7.474 p. a. verdienen, automatisch in ein betriebliches Alterssicherungsprogramm eingeschrieben. Als Beitrag werden 8 % des Einkommens fällig. Davon trägt 4 % der Arbeitnehmer, 3 % der Arbeitgeber und 1 % wird durch staatliche Steuererleichterungen finanziert.

Eine erhebliche Rolle spielen in Großbritannien bedürftigkeitsgeprüfte Leistungen zur Vermeidung von Armut.

Die Erkenntnisse der Studienreise wurden in dem Informationsdienst Nr. 332 zusammengefasst.

Vermeidung von Altersarmut

Auch im Inland ist Altersarmut – unter anderem aufgrund sich wandelnder Erwerbsbiografien und veränderter rechtlicher Regelungen – ein drängendes Thema. Daher hat sich der Ausschuss ab März 2011 eingehend mit Vorschlägen zur Vermeidung von Altersarmut befasst. Anknüpfend an Ankündigungen der Bundesregierung, einen Rentendialog zu diesem Thema ins Leben zu rufen, diskutierte der Ausschuss verschiedene Lösungsvorschläge.

So stellte der Frankfurter Wirtschaftswissenschaftler, Prof. Dr. Richard Hauser dem Ausschuss als Diskussionsgrundlage vier Typen von Vorschlägen vor, systemändernde und systemmodifizierende. Ein systemänderndes Modell, das auch die Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) vertritt, sieht unter anderem eine steuerfinanzierte Grundrente vor.

Zu systemmodifizierenden Modellen zählt die Einbeziehung der nicht pflichtversicherten Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung, die Fortführung der Rente nach Mindesteinkommen für langjährige Versicherte oder Ansätze, bei denen diejenigen Personen, die bei Erreichen der Regelaltersgrenze für eine bestimmte Zeit Pflichtbeiträge gezahlt haben, aber in dieser Zeit zum Beispiel weniger als 30 Entgeltpunkte gesammelt haben, durch eine Aufstockung auf 30 Entgeltpunkte angehoben werden. Eine entscheidende Frage ist, ob eine Bedürftigkeitsprüfung durchgeführt wird oder nicht und wie die Finanzierung erfolgt.

Auch die Beamtenversorgung war Thema, so unter anderem die „wirkungsgleiche“ Übertragung rentenrechtlicher Veränderungen auf Pensionssysteme, die Anpassung von Pensionen, die Bedeutung kapitalmarktbezogener Alterssicherung wie auch die Entwicklung in Bund und Ländern.



Ausschuss eHealth | Telematik

Persönliche elektronische Gesundheitsakten

Die GVG begleitet die Debatte um die Entwicklung zielführender Telematikanwendungen bereits seit mehr als 10 Jahren. Im Dezember 2010 hat sich der Ausschuss mit den Möglichkeiten befasst, die eine elektronische Gesundheits- oder Patientenakte eröffnet. Frau Petra Kellermann-Mühlhoff von der BARMER stellte dem Ausschuss die Ergebnisse eines Forschungsvorhabens zur Erprobung einer elektronischen Gesundheitsakte dar, die neben den eigentlichen Behandlungsdaten mit einer Reihe von Zusatzfunktionen ausgestattet ist. Diese Akten wurden von den Versicherten selbst geführt und boten die Möglichkeit zur Übernahme von Daten aus Arztpraxen.

Als besonders nützlich hätten die mehrheitlich chronisch kranken Nutzer (51 %) die bessere Verfolgungsmöglichkeit von Untersuchungsergebnissen, eine erleichterte Weitergabe von Befunden, die bessere Nachvollziehbarkeit ärztlicher Empfehlungen sowie die Unterstützung ihres persönlichen Gesundheitsmanagements geschätzt. Als problematisch stellte sich die häufig fehlende Aktualität der Daten und damit ihre mangelnde Relevanz heraus. Insgesamt erscheinen Gesundheitsakten, die alleine durch die Patienten geführt werden, nicht sinnvoll. Auch eine verbesserte Interoperabilität würde den Nutzen der elektronischen Gesundheitsakte erhöhen

Der Ausschuss diskutierte die Ergebnisse und die aus der Erhebung zu ziehenden Konsequenzen lebhaft. Es wurde unter anderem festgehalten, dass persönliche elektronische Gesundheitsakten so lange nicht sinnvoll seien, wie es an elektronisch geführten, standardisierten ärztlichen Dokumentationen fehle.

Die aktuelle Situation der Telemedizin in Deutschland

Als künftigen Arbeitsschwerpunkt hat sich der Ausschuss darauf verständigt die Frage zu diskutieren, wie Telemedizin einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und/oder zur Steigerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit leisten kann.

Als Gast zu diesem Themenkomplex konnte der Ausschuss im April 2011 Herrn Rainer Beckers vom Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) begrüßen. Herr Beckers zeigte in seinem Überblick über die derzeitige Telemedizinlandschaft, dass bundesweit 264 Projekte aufgesetzt sind, davon 36 im Regelbetrieb. Er geht davon aus, dass Telemedizin ein zentrales Element sei, um viele Probleme des Gesundheitswesens zu lösen. Verfahren wie Teletherapie, Teleradiologie, Telekonsil oder Telemonitoring seien durchaus geeignet, einen Mehrwert zu stiften. Insgesamt – so forderte er – solle die Telemedizin in ein Versorgungsmanagement eingebettet werden. Als Hindernisse auf dem Weg zu einer breiteren Anwendung sieht Herr Beckers neben bestimmten datenschutzrechtlichen Vorschriften auch regulatorische Hürden wie bestimmte Vorschriften der Röntgenverordnung oder das generelle Fernbehandlungsverbot.

Telemedizinische und AAL-Anwendungen zur Unterstützung einer alternden Gesellschaft

In der häuslichen Pflege werden Telemedizin und das sogenannte Ambient Assisted Living (AAL) in der Zukunft stark an Bedeutung gewinnen. Davon ist Wolfgang Paulus vom Institut für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, überzeugt. Er stellte dem Ausschuss die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Verbundprojektes „eHealth@Home“ vor, in welches 259 Dienste und Projekte aus den Bereichen Telemedizin und AAL einbezogen sind. Er legte dar, dass sich der Nutzen der Verfahren klar nachweisen lasse, dass medizinisches Personal entlastet würde und Behandlungskosten gesenkt werden könnten.

Insbesondere der letzte Punkt gab Anlass zur Diskussion unter den Ausschussteilnehmer(inne)n. So wurde unter anderem darüber debattiert, ob Telemedizin ein neues Behandlungsverfahren darstelle oder ob es sich „nur“ um einen anderen Weg der Kommunikation innerhalb einer Behandlung handele. Unbestritten bleibt dabei allerdings, dass verbesserte oder überhaupt erst ermöglichte Kommunikation sicher einen Mehrwert darstellt.



Langzeitpflege in Europa

Die Herausforderungen bei der Bewältigung künftiger Pflegeanforderungen in alternden Gesellschaften sind nicht nur Thema in der nationalen Diskussion, sondern werden in ähnlicher Weise auch in unseren europäischen Nachbarländern bewegt. Um einen Überblick über die Situation der Langzeitpflege in Europa zu bekommen, hat der Ausschuss im Dezember 2010 Frau Dr. Esther Mot vom Centraal Planbureau – Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, Den Haag, eingeladen, die ersten Ergebnisse des Forschungsprojektes ANCIEN vorzustellen. Ziel dieses Projektes ist eine Charakterisierung und Typologisierung der europäischen Systeme der Langzeitpflege. Dabei wird die Entwicklung von Angebot und Nachfrage der Pflegeleistungen ebenso untersucht, wie die Frage, in welcher Weise technologische Neuerungen zur Problembewältigung beitragen können. Insgesamt ist die Studie auf 3,5 Jahre angelegt. Frau Dr. Mot konnte dem Ausschuss die ersten Ergebnisse bereits präsentieren.

Mit dem Euroforum „Long-term care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich“ setzt die GVG im Oktober 2011 die strukturierte Debatte zu diesem gesellschaftspolitisch wichtigen Thema weiter fort.

EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Anfang 2011 hat die EU nach langen und facettenreichen Beratungen die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verabschiedet. Im EU-Ausschuss hatten die GVG-Mitglieder bereits im März 2011 Gelegenheit sich über ihre Vorstellungen und Forderungen bezüglich der Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht auszutauschen. Besonders freuten sich die Teilnehmer(innen), dass eine Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als Gast teilnahm.

Herr Dr. Günter Danner vom Brüsseler Büro der Deutschen Sozialversicherung stellte die wesentlichen Inhalte der Richtlinie vor und nahm eine erste Einordnung kritischer Punkte vor.

Ausführlich erörterte der Ausschuss die verschiedenen Möglichkeiten der Einrichtung nationaler Kontaktstellen, mögliche Probleme beim grenzüberschreitenden Arzneimittelkauf, Fragen des erforderlichen Informationstransfers bei einer grenzüberschreitenden Behandlung etwa über eHealth-Instrumente, Abrechnungsfragen für Auslandsresidenten sowie die Konsequenzen einer Qualitätssicherung über Referenznetzwerke. Der Ausschuss stellte fest, dass einige Punkte der Richtlinie bereits in nationales Recht umgesetzt sind. Die Übrigen – da bestand Einigkeit – sollen so unbürokratisch wie möglich übernommen werden.

Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Ende Mai 2011 hat sich der Ausschuss erneut mit den aktuellen Entwicklungen in der Offenen Methode der Koordinierung befasst. Die Europäische Kommission hat eine Untersuchung zur Wirkungsweise und Anwendung der OMK im Bereich Sozialschutz und soziale Eingliederung in den Mitgliedsstaaten für den Zeitraum 2006 bis 2010 in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse dieser Studie wurden dem Ausschuss durch Herrn Dr. Egidijus Barcevicus vom durchführenden Public Policy Management Institut, Vilnius, vorgestellt. Basierend auf diesen Informationen, ergänzt um eine differenzierte Darstellung des Deutschland betreffenden Teils durch Prof. Timo Weishaupt von der Universität Mannheim, hat der Ausschuss gemeinsam mit Vertretern aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem BMG die Wirkungsweise und die Chancen, aber auch die Unzulänglichkeiten der OMK diskutiert.

Ausschuss Ökonomische Orientierung

Neue Mitglieder des Sachverständigenrates im Ausschuss

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde im Juli 2010 durch den damaligen Bundesgesundheitsminister Rösler neu berufen. Dies nahm der Ausschuss Ökonomische Orientierung zum Anlass, die neu berufenen Mitglieder Prof. Dr. Wolfgang Greiner und Prof. Dr. Gregor Thüsing im November 2010 einzuladen, ihre jeweiligen Arbeitsgebiete und wissenschaftlichen Schwerpunkte vor dem Hintergrund der Arbeit im Sachverständigenrat vorzustellen.



Herr Prof. Greiner hob die Bedeutung der Versorgungsforschung für eine wissensbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hervor und warb unter anderem für eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hinblick auf das Ziel einer Versorgungsoptimierung.



Herr Prof. Thüsing beleuchtete das Spannungsfeld zwischen dem Wettbewerbs- und Kartellrecht einerseits und dem Sozialrecht andererseits sowie den europarechtlichen Implikationen, die sich hieraus ergeben. Er befürchtet, dass sich aus dem Nebeneinander der beiden Rechtsrahmen zunehmend Rechtsunsicherheiten ergeben könnten und befürwortet daher die Schaffung eines eigenständigen Sozialvergaberechtes, in dem die Besonderheiten des Sozialmarktes Berücksichtigung finden können.

Das Versorgungsgesetz

Die unter dem sperrigen Titel „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ zusammengefassten Neuerungen hat der Ausschuss im April 2011 ausführlich diskutiert. Dabei traf es sich, dass die Sitzung auf den Tag der abschließenden Einigung der Koalitionäre fiel und der Gesundheitspolitische Sprecher und zugleich Verhandlungsführer der Unionsfraktionen, Jens Spahn, dem Ausschuss somit einen aktuellen Überblick über die angestrebten gesetzlichen Veränderungen geben konnte. Er hob hervor, dass es aus seiner Sicht darum gehen müsse die Versorgung aus dem Blickwinkel der Versicherten spürbar zu verbessern. Als ein wesentliches Instrument hierzu nannte er eine flexible Bedarfsplanung, die sich am tatsächlichen und regional variierenden Versorgungsbedarf orientieren müsse.

Auch im Hinblick auf die Organisation und die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden Änderungen angekündigt, die mit dem Versorgungsgesetz umgesetzt werden sollen. Frau Dr. Doris Pfeiffer, Spitzenverband Bund, und Herr Georg Baum, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., stellten hierzu die Vorstellungen ihrer jeweiligen Organisation vor.

In der gemeinsam mit den Referent(inn)en geführten Diskussion erörterten die Ausschussmitglieder engagiert das Für und Wider der einzelnen Elemente des Gesetzesvorhabens, wie die Vorstellungen zu einer künftigen Bedarfsplanung, zur Neuordnung der Rahmenbedingungen der spezialärztlichen Versorgung und zur Frage der Trägerschaft medizinischer Versorgungszentren. Auch die angedachten Änderungen der künftigen Honorierung ärztlicher Leistungen beziehungsweise die Frage nach deren Verteilung wurden von den Teilnehmer(inne)n lebhaft diskutiert. Insgesamt wurde die Chance der frühzeitigen gemeinsamen Erörterung der geplanten gesetzlichen Neuordnungen von den Teilnehmer(inne)n sehr begrüßt und ausgiebig genutzt.

Prävention von Pflegebedürftigkeit

In einer alternden Gesellschaft mit stark zunehmendem Bedarf an Pflegeleistungen, kommt der Pflegewissenschaft eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung neuer Ansätze zu. Als eine der profiliertesten Vertreterinnen dieses Wissenschaftszweiges konnte der Ausschuss im November 2010 Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, begrüßen. Sie stellte mit der Projektidee „Prävention von Pflegebedürftigkeit durch Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit“ einen Vorschlag vor, mit dem im Rahmen eines Modellversuches neue Formen der Kooperation von ambulanter Pflege mit Hausärzten erprobt werden könnten. Da sich Pflegebedürftigkeit vor allem in den Spätphasen chronischer Erkrankungen manifestiere, gelte es hier deutlich früher – in der Mitte des Krankheitsverlaufes – anzusetzen. Gleichwohl sei ihr Ansatz im Hinblick auf das Ziel Prävention von Pflegebedürftigkeit nicht krankheits- sondern funktionsorientiert, so Frau Prof. Schaeffer.

Von der Erprobung eines neuen Professionenmix erwartet Frau Prof. Schaeffer den Abbau einer hierarchischen Aufgabenteilung und eine verbesserte Kooperation zwischen Medizin und Pflege. Sie betont die besondere Bedeutung einer Weiterentwicklung der ambulanten Pflege und einer Verbesserung der Patienten- und Nutzerorientierung.

Modellvorhaben „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“

Ebenfalls im November 2010 stellte Hans-Dieter Nolting, IGES Institut GmbH, Berlin, dem Ausschuss das in vier Phasen gegliederte Modellprojekt „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ vor, welches in den Phasen 1 und 2 von IGES im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt wird. Mit den Pflegebudgets sollen die Selbstbestimmung und die gesellschaftliche Partizipation der Betroffenen gestärkt werden. Zugleich soll eine finanzielle Überforderung der Pflegeversicherung vermieden und der Erhalt des Sachleistungsprinzips gesichert werden.

In der ersten Phase geht es darum, mittels einer Literaturrecherche im In- und Ausland Erfahrungen und Erkenntnisse zu bestehenden persönlichen Budgets zu sammeln und deren Auswirkungen auf das Versorgungssystem und den Versorgungsalltag von pflegebedürftigen Menschen darzustellen. Es wurden Erfahrungen aus den Niederlanden, Schweden und Finnland einbezogen. In der zweiten Phase sollen aus diesen Erkenntnissen dann Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

Reform der sozialen Pflegeversicherung

Der Ausschuss beteiligt sich aktiv an der Debatte um die anstehende Reform der sozialen Pflegeversicherung. Dazu hatte er zu seiner Sitzung im Mai 2011 die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Frau Anette Widmann-Mauz, zu Gast. Frau Widmann-Mauz begrüßte ausdrücklich die inhaltliche Auseinandersetzung der GVG-Mitglieder mit dem Thema und betonte, dass Beiträge, wie zum Beispiel das durch die AG Pflegeberufe der GVG erarbeitete Papier „Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege“, wichtige Impulse für die Politik darstellen.

Frau Widmann-Mauz betonte, dass es zwar innerhalb der Koalition noch keine abgestimmten Eckpunkte gebe, sich die Reform aber an dem Ziel orientiere, eine würdevolle Pflege zu sichern und die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben zu verbessern.

Sie erinnerte, dass mit der vom BMG initiierten „Dialogreihe“ bereits wichtige Themen wie der Fachkräftemangel, die Sicherung häuslicher wohnortnaher Pflege, die Entbürokratisierung oder die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angesprochen seien. Sie kündigte an, dass es bei der Beschäftigung von ausländischen Hilfskräften mehr Flexibilität geben, und dass das Berufsbild der Pflege attraktiver gestaltet werden soll. Nach der Einigung innerhalb der Koalition über die Inhalte der Reform, solle anschließend über die Finanzierung gesprochen werden.

Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“

gesundheitsziele.de ist der Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, in dem sich mehr als 70 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens engagieren. Seit dem Jahr 2000 entwickeln die verantwortlichen Akteure im Konsens nationale Gesundheitsziele für Deutschland und setzen diese in Selbstverpflichtung und Eigenverantwortung um. Mit der im Dezember 2010 verabschiedeten gemeinsamen Erklärung versichern alle Kooperations-träger und -partner von *gesundheitsziele.de*, die seit 11 Jahren erfolgreiche Zusammenarbeit fortzusetzen und sich gemeinsam für zielführende Maßnahmen einzusetzen. Damit dokumentiert sich erneut der Wille aller beteiligten Akteure zu einer gemeinsamen Zielorientierung. Unter dem Motto „Gemeinsame Chancen nutzen – Ziele erreichen“ geht es zukünftig darum, die politische und strukturelle Verankerung, die öffentliche Wahrnehmung und die Gesundheitszieleprozesse weiter auszubauen. Mit dem überarbeiteten *gesundheitsziele.de*-Logo haben seit Beginn dieses Jahres alle beteiligten Träger- und Partnerorganisationen die Möglichkeit, ihr Engagement bei *gesundheitsziele.de* im Internet und auf Printmaterialien sichtbar zu machen und auf die Plattform hinzuweisen. Die bisherige, an konkrete Maßnahmen gebundene, Vergabe des *gesundheitsziele.de*-Logos wurde eingestellt.



Mit dem Anspruch, *gesundheitsziele.de* stärker in der Politik zu verankern, war Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Ausschusses *gesundheitsziele.de*, im April 2011 zu Gast im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Ferner stellte Thomas Altgeld, der Vorsitzende der Arbeitsgruppe 7, das nationale Gesundheitsziel für Kinder und Jugendliche im März 2011 in der Kinderkommission des Deutschen Bundestages vor.

Bund-Länder-Zusammenarbeit

Seit 2010 ist die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eine der Trägerorganisationen von *gesundheitsziele.de*. Dies ist neben der finanziellen Unterstützung ein eindrucksvolles Zeichen

der Verankerung und Vernetzung der Gesundheitszieleprozesse. Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) veranstaltete *gesundheitsziele.de* im letzten Jahr den zweiten Bund-Länder-Strategieworkshop. Der Strategieworkshop, an dem 30 Vertreter(innen) aus Bund und Ländern teilnahmen, stand im Zeichen der Gesundheitszieleprozesse des Bundes und der Länder und der Verknüpfung der Indikatoren aus der Gesundheitsberichterstattung an die Zielprozesse.

Neben den Gesundheitszielen auf Bundesebene verfolgen alle Bundesländer länderspezifische Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder, die richtungweisend für ihre Gesundheitspolitik sind. Seit 2011 stellt *gesundheitsziele.de* alle 16 Länder mit ihren länderspezifischen Gesundheitszieleprozessen in einer Datenbank (Infopool) unter www.gesundheitsziele.de dar. Es ist ein großes Anliegen von *gesundheitsziele.de*, den Austausch und die Vernetzung mit relevanten Akteuren, insbesondere auch mit denen, die auf kommunaler Ebene tätig sind, weiter zu intensivieren. Daher wird die Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und kommunalen Netzwerken 2012 ausgebaut.

Inhaltliche (Weiter)entwicklung der nationalen Gesundheitsziele

Drei von sieben nationalen Gesundheitszielen sind in der Phase der Überarbeitung:

- „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ (AG-Vorsitz: Dr. Martin Kluxen, Verband der Ersatzkassen e.V.),
- „Tabakkonsum reduzieren“ (AG-Vorsitz: Prof. Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und
- „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ (AG-Vorsitz: Günter Hölling, BAG der PatientInnenstellen/Patientenstelle Bielefeld)

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) angesiedelt und wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsministerien der Länder, die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung, den Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung.

Im Rahmen der Aktualisierung wird die Gültigkeit des jeweiligen Ziels und der einzelnen Teilziele überprüft. Vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage werden einzelne Teilziele neu formuliert, Maßnahmen zur Erreichung der Ziele empfohlen und neu priorisiert. Die AG „Tabakkonsum reduzieren“ prüft ferner, wie eine Quantifizierung von Teilzielen nach wissenschaftlichen Kriterien zu erreichen ist.



„Gesund älter werden“ ist das siebte zu bearbeitende nationale Gesundheitsziel (AG-Vorsitz: Rudolf Herweck, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.). „Älter werden“ ist ein lebenslanger Prozess. Bei dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ geht es nicht nur um Kuration im engen Sinn, sondern vor allem auch um Gesundheitsförderung und Prävention. Denn auch bei älteren Menschen und auch im hohen Lebensalter wirken sich Gesundheitsförderung, eine Umstellung auf eine gesunde Lebensweise oder die Verminderung von Risiken positiv auf die Gesundheit aus. Es gilt, für diese Lebensphase im Sinne einer Prävention im Alter Verbesserungen zu erreichen. Verschiedene Programme, Konzepte, Berichte und Maßnahmen zeigen die vielfältigen Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gesundheit im Alter. Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ bietet zukünftig die Chance, zahlreiche Akteure einzubinden, ihre Kräfte zu bündeln und so die Wirkung ihrer Maßnahmen zu verstärken. Ein Zwischenbericht wurde dem Ausschuss von *gesundheitsziele.de* im Juli 2011 vorgelegt. Das neue Gesundheitsziel soll bis Ende 2011 fertig entwickelt werden. In der diesjährigen Sitzung des Steuerungskreises wurden neben der Bilanzierung der bisherigen Arbeit erste Absprachen

für die Weiterentwicklung der gemeinsamen Zielentwicklung getroffen. Die Trägerorganisationen kamen zu einer positiven Einschätzung des Gesamtprozesses und sprachen sich für die Fortsetzung der Arbeit aus.

Öffentlichkeitsarbeit

gesundheitsziele.de hat im letzten Jahr als zielübergreifenden Schwerpunkt das Thema „Gesundheitsinformationen“ behandelt. Hierzu ist unter anderem die GVG-Schriftenreihe: „Gesundheitsinformationen in Deutschland“ (Band 67) veröffentlicht worden. Der Informationsgehalt und die Nutzerfreundlichkeit der Homepage wurden weiterhin verbessert. Die Geschäftsstelle verschickt in regelmäßigen Abständen Newsletter, die über die jüngsten Entwicklungen und Neuigkeiten berichten.

Wie in vergangenen Jahren war *gesundheitsziele.de* auf mehreren Veranstaltungen präsent. Unter anderem veranstaltete *gesundheitsziele.de* auf dem letzten Hauptstadt-kongress im Mai 2011 in Berlin einen Workshop zum Thema Gesundheitsinformationen. Ferner organisierte *gesundheitsziele.de* zusammen mit der AG Sozialepidemiologie (Vorsitz: Dr. Andreas Mielck) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) im September 2011 einen Workshop zum Thema „Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit“ im Rahmen der Konferenz der DGSMP und DGMS in Zusammenarbeit mit dem MDK. Das von *gesundheitsziele.de* initiierte und vom Verein Irrsinnig Menschlich e.V. und BARMER GEK durchgeführte Modellprojekt „Verrückt? Na und!“ unterstützt Netzwerke und kommunale Akteure in ihren Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit junger Menschen. Hierzu bietet „Verrückt? Na und!“ Aufklärungsveranstaltungen bzw. Gruppenangebote zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen und Jugendeinrichtungen an. Das Projekt ist ein praktischer Baustein zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ und „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“. Im September 2011 wurde „Verrückt? Na und!“ als 2. Sieger im Rahmen des Gesundheitspreises NRW ausgezeichnet.

Internationale Aktivitäten



Seit mehr als 20 Jahren engagiert sich die GVG international und unterstützt Ministerien, Behörden oder Sozialversicherungsträger anderer Länder bei der Reform und Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialsysteme und im Bereich Arbeitsmarkt und Beschäftigungspolitik. Die GVG implementiert erfolgreich unterschiedliche Projektformen (Twinning, technische Zusammenarbeit, Expertennetzwerke, Studien) und arbeitet eng mit ihren Mitgliedsorganisationen und weiteren deutschen und internationalen Institutionen zusammen. Die internationalen Projekte der GVG sind ausschließlich drittmittelfinanziert im Rahmen bilateraler Kooperation (Bundes-

Twinning-Projekte werden von der EU finanziert und fördern Partnerschaften zwischen öffentlichen Verwaltungen aus den EU-Mitgliedsstaaten und öffentlichen Verwaltungen in den Projektländern. Ziel von Twinning-Projekten ist der Aufbau von öffentlichen Strukturen im Einklang mit europäischer Verwaltungspraxis. Derzeitige Zielregionen sind die Beitrittsländer (Türkei, Kroatien, Mazedonien) und der westliche Balkan. Auch in den Ländern der Östlichen Partnerschaft (Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Moldawien, Ukraine) sowie in Nordafrika werden Twinning-Projekte durchgeführt.

ministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Gesundheit) oder durch die Europäische Kommission, die Weltbank, die Asiatische Entwicklungsbank und andere Geber.

Beschäftigungspolitik und Soziale Sicherung haben in der EU immer schon eine wichtige Rolle gespielt und waren in der europäischen Sozialpolitik und den europäischen Strategien fest verankert. Aber auch in der Entwicklungszusammenarbeit gewinnt die Soziale Sicherung neben der Beschäftigungspolitik nun zunehmend an Bedeutung.

Im europäischen Kontext kann man für das Jahr 2011 für den Bereich der sozialen Sicherung von einem sehr bewegten Jahr sprechen. In vielen EU-Mitgliedsstaaten wurden Sozialbudgets im Rahmen der Sparanstrengungen begrenzt oder auch drastisch reduziert. Auch wenn für die europäische Sozialpolitik nach wie vor das Subsidiaritätsprinzip gilt, übt die EU im Zusammenhang mit den hohen Haushaltsdefiziten und der Euro-Krise zunehmend Einfluss auf die nationalen Sozialpolitiken aus.

Im Hinblick auf die weltweite internationale Zusammenarbeit sind 2011 sowohl von der der EU als auch der Weltbank strategische Weichenstellungen im Hinblick auf die zukünftige Rolle der sozialen Sicherung in der Entwicklungspolitik erfolgt. Im Frühjahr 2011 wurde ein Bericht der EU-Kommission *Social protection for inclusive development* zur Bedeu-

tung der sozialen Sicherung im Rahmen der entwicklungs- politischen Zusammenarbeit mit Afrika vorgestellt, der die Notwendigkeit betont, soziale Sicherung zu einem integralen Bestandteil europäischer Entwicklungspolitik zu machen. Im Mai wurde von der Weltbank eine neue Strategie für soziale Sicherung und Arbeitsmarkt *Building resilience and opportunity* vorgestellt. In dem Konzeptpapier wird unter anderem betont, wie wichtig ein systemischer Ansatz im Hinblick auf die Entwicklung von sozialen Sicherungssystemen ist. Auch in den Entwicklungs- und Schwellenländern selbst wird realisiert, dass sozialer Ausgleich und Soziale Sicherung wichtige Grundvoraussetzung für die Entwicklung demokratischer und wettbewerbsfähiger Gesellschaften ist.

Technische Zusammenarbeit im Bereich der sozialen Sicherung und der Arbeitsmarktpolitik unterstützt sozial- und beschäftigungspolitische Reformen in den Projektländern (Strategieentwicklung, Gesetzgebung und Umsetzung). Diese Projekte, in der Regel von nationalen und internationalen Geldgebern finanziert, werden von einem Team von Expertinnen und Experten über einen Zeitraum von 1–4 Jahren durch kontinuierliche Zusammenarbeit umgesetzt. Dabei gibt es in der Regel sowohl Langzeitexpert(inn)en als auch sehr spezialisierte Fachleute, die für spezifische Aufgaben im Team für kurze Zeit zum Einsatz kommen.

Die GVG hat im vergangenen Jahr mit ihrer Veröffentlichung *Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft* betont, wie wichtig die internationale Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Schwellenländern im Gesundheits- und Sozialbereich ist, um Globalisierung fair zu gestalten. Soziale Sicherung sollte nicht allein als ein Instrument zur Armutsvermeidung verstanden werden, sondern Einkommen sichern, die Kaufkraft stabilisieren und die Risikobereitschaft der Marktteilnehmer stärken, um somit auch den wirtschaftlichen Wert der Sozialpolitik zu nutzen. Leitende Prinzipien bei sozialen Reformen sind Chancengleichheit, Solidarität, Partizipation und

Subsidiarität. Diese leitenden Prinzipien sind auch für die Implementierung sozialpolitischer Projekte maßgeblich.

Studien und Expertennetzwerke implementiert die GVG vor allem im Auftrag der Europäischen Kommission. In der Regel erstellt die GVG Syntheseberichte, die auf Länderstudien nationaler Korrespondent(inn)en beruhen.

Neben Twinning-Projekten und technischer Zusammenarbeit ist die GVG seit einigen Jahren auch vermehrt direkt für die Europäische Kommission tätig, koordiniert Expertennetzwerke und führt vergleichende Studien im Bereich Arbeitsschutz, Soziale Sicherung und Soziale Eingliederung durch. Dadurch hat die GVG ein gut funktionierendes europaweites Netzwerk von Expertinnen und Experten aufgebaut und beobachtet kontinuierlich europäische Entwicklungen.

Die verschiedenen Projektschienen der GVG greifen ineinander und bereichern sich gegenseitig. Umfangreiches Verwaltungswissen und die direkte Zusammenarbeit mit Ministerien, Sozial- und Arbeitsverwaltungen in den einzelnen Projektländern sowie aktuelle Informationen aus europaweiten Studien und wissenschaftlichen Netzwerken ermöglichen ein besseres Verständnis von sozialpolitischen Entwicklungen europä- und weltweit. Die GVG ist in diesem Segment, auch dank der engagierten Unterstützung durch ihre Mitglieder, zu einer ersten Adresse für die internationale Projektzusammenarbeit im sozialen Bereich geworden.

Gesundheit besitzt eine große Bedeutung als persönlicher Wert sowie als gesellschaftliche Ressource, denn sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe des Einzelnen am wirtschaftlichen und sozialen Leben. Die meisten Länder wenden deshalb beträchtliche Ressourcen für Gesundheit, Rehabilitation und Prävention auf. Sie beschreiten dazu unterschiedliche Wege, sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Leistungserbringung. Die großen Systemdiskussionen der vergangenen Jahrzehnte – public health vs. persönliche Gesundheitsleistungen, Bismarck vs. Beveridge, Staat vs. Markt – sind heute einer differenzierteren Diskussion gewichen: Gesundheitssysteme, die ihren Auftrag effektiv und effizient erfüllen sollen, müssen an die kulturellen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen eines Landes angepasst sein und den stetigen Wandel der Gesundheitsbedürfnisse, der demographischen Situation, der medizinisch-technischen Möglichkeiten und der verfügbaren Ressourcen berücksichtigen. Sie müssen ihre Leistungen verlässlich, kontinuierlich und in anerkannter Qualität bereitstellen und einen gerechten Leistungszugang sowie eine gesellschaftlich akzeptierte Verteilung der Lasten sicherstellen.

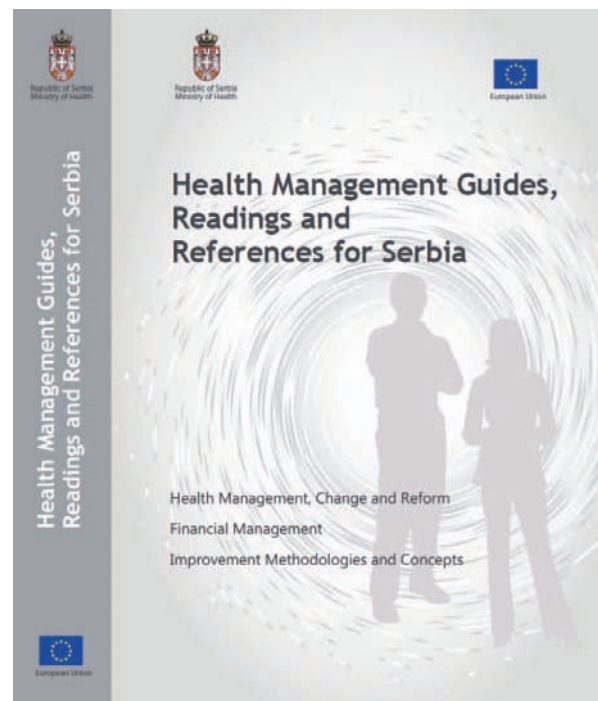
Die GVG bearbeitet im Fachteam Gesundheit ein breites Themenspektrum, von der Systemebene (z.B. Einführung eines sozialen Krankenversicherungssystems), die Entwicklung sektoraler Politiken (z.B. Etablierung eines Primärarztsystems, Krankenhausfinanzierung), den Aufbau und die Reform von Institutionen (z.B. Aufbau eines Public Health Instituts) sowie die Qualifizierung des Personals (z.B. Aufbau eines Studiengangs für Gesundheitsmanagement).

In den letzten Jahren hat die GVG vor allem die Reformvorhaben der Länder auf dem Balkan mit der Implementierung von gleich mehreren Projekten unterstützt.

Serbien – Training in Health Service Management

Seit Januar 2008 betreut die GVG das EU-finanzierte Projekt *Health Management Training* in Serbien als Teil umfangreicher Reformen zur Stärkung der Kapazität der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hier wurde ein umfassendes und nach-

haltiges Studienprogramm für das Management im Gesundheitssektor entwickelt und durchgeführt. Das Projekt endete mit der Abschlusskonferenz *Health Management in Serbia – familiar challenges, new directions* im Juni 2011 und brachte in drei Jahrgängen mehr als 100 erfolgreiche Absolvent(inn)en des Masterstudiengangs im Gesundheitsmanagement hervor.



http://www.healthmanagementinfo.com/Doc/downloads/Health_Management_English.pdf

Das Curriculum des berufsbegleitenden Studiengangs wurde in Kooperation mit namhaften europäischen Instituten und Akademiker(inne)n darunter auch fünf deutsche Universitätsdozent(inn)en entwickelt. In Ergänzung zu den Absolventen des Masterstudiengangs wurden im Rahmen des Projektes ca. 3.000 Fach- und Führungskräfte von Gesundheitseinrichtungen aus ganz Serbien im Bereich Management fortgebildet. Darüber hinaus finanzierte das Projekt Studienaufenthalte für die serbischen Teilnehmer(innen) in einer Reihe europäischer Länder (darunter auch in Deutschland).

Pflicht- und Wahlpflichtfächer des Masterstudiengangs Gesundheitsmanagement:

Core Courses
1. Health Management
2. Management & Organisational Behaviour
3. Health Care Systems
4. Health Care Financial Management
5. Human Resource Planning
6. Health Planning and Development
7. Health Economics

Elective Courses
1. Cost Accounting
2. Management Decision Making and Priority Setting
3. Ethics, Laws and Regulations in Health Management
4. Leadership in Healthcare
5. Health Policy Studies
6. Strategic Management and Change
7. Project Management
8. Training and Health Workforce Development
9. Assessing and Developing Managerial Performance
10. Health Needs Assessment
11. Health Care Quality and Safety Improvement
12. Marketing in Health Care Organisations
13. Epidemiology and Statistics

Bilaterale Kooperation mit Serbien und Albanien

Im Auftrag des BMG führte die GVG zwischen Juni 2010 und Juni 2011 zwei bilaterale Kooperationsprojekte in Serbien und Albanien mit einem Schwerpunkt im Bereich der Krankenhausfinanzierung durch.

Ziel des Projekts in Serbien war es, Führungskräfte aus dem Gesundheitswesen über aktuelle Entwicklungen in Deutschland zu informieren, und zwar über die Entwicklungen, die in

Serbien auf der Agenda stehen und bei denen Deutschland auch international besonders anerkannte Lösungen auf den Weg gebracht hat (Krankenversicherung, Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen und Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen). Während einer 4-tägigen Studienreise, an der Führungspersonal des serbischen Gesundheitssystems teilnahm, wurde durch eine Reihe von Vorträgen beim BMG, der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) und der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Gematik) ein Einblick in die Struktur und aktuellen Reformbemühungen des deutschen Gesundheitssystems geboten. Im weiteren Verlauf des Projekts wurde in Serbien eine zweitägige Veranstaltung unter Beteiligung ausgewiesener deutscher Experten zum Thema Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen, bei der Deutschland eine besondere Vorreiterrolle spielt, durchgeführt.

In Albanien war die Reform der Krankenhausfinanzierung Gegenstand einer dreiteiligen Seminarreihe. Angesichts der Tatsache, dass vor allem die lokalen öffentlichen Krankenhäuser kaum zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung beitragen, während zugleich der private Krankenhaussektor einen weitestgehend unregelmäßigen Aufschwung erlebt, wurde der Fokus darauf gelegt, wie die Voraussetzungen für eine effiziente Verwendung der Ressourcen geschaffen werden können. Themen waren die Definition der Krankenhausleistungen und die Festlegung von Versorgungsaufträgen. Diskutiert wurde ebenfalls die Kostenermittlung und Rechnungslegung in Krankenhäusern, der Übergang von historischen Budgets (*line-item budgets*) zur einer output-orientierten Finanzierung stationärer Leistungen sowie die ordnungspolitischen Voraussetzungen entsprechender Reformen. Die Beratungen wurden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durch Abstellung von Expert(inn)en unterstützt.

Der Arbeitsschutz gilt als einer der am weitesten fortgeschrittenen Bereiche der EU-Sozialpolitik, dennoch gibt es nach aktuellen Zahlen europaweit über 5000 tödliche Arbeitsunfälle pro Jahr. Die EU-Arbeitsschutzstrategie für 2007 – 2012 hat das Ziel definiert, Arbeitsunfälle um 25 % zu senken. Allerdings hat die Finanz- und Wirtschaftskrise dies erschwert; denn in einigen Mitgliedsländern haben Betriebe die Einhaltung von Arbeitsschutzbestimmungen vernachlässigt, gleichzeitig wurden Kapazitäten der staatlichen Aufsicht beschnitten. Generell wird der Arbeitsschutz häufig als Kostenfaktor gesehen, ohne den volks-, aber auch betriebswirtschaftlichen Gewinn durch die Reduzierung von Ausfallzeiten zu berücksichtigen.

Im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit der GVG liegt der Schwerpunkt auf der Modernisierung nationaler Arbeitsschutzsysteme und auf Prävention. Dabei arbeitet die GVG unter anderem eng mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) als Dachorganisation der Berufsgenossenschaften (BGen) und Unfallkassen, den Gewerbeaufsichtsämtern der Bundesländer sowie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zusammen.

Aserbaidshan – SUPSLIS Projekt

Das Fachteam führt seit April 2011 ein Twinning-Projekt mit dem State Labour Inspectorate Service (SLIS) in Aserbaidshan durch. Das *kick-off-meeting* zum Projektstart war ein erster Höhepunkt, weil der Arbeitsminister teilnahm und die Schaffung eines Nationalen Arbeitsschutzkomitees bekannt gab, in dem das Ministerium mit den Sozialpartnern und weiteren Akteuren eng zusammenarbeiten wird. Darauf folgte die Erarbeitung eines Strategiedokuments für die Projektdurchführung, das darüber hinaus zukünftig auch als nationales politisches Grundlagendokument dienen soll.

In diesen strategischen Rahmen fügen sich ein Umsetzungsplan für die Gewerbeaufsicht, der Aufbau eines datenbasierten Inspektionsmanagements sowie die Entwicklung eines Ausbildungssystems für das SLIS. Die Zusammenarbeit umfasst auch den Aufbau und die Ausstattung von Arbeitsschutzlaboratorien.

Interview zum EU-finanzierten GVG-Projekt „Aufbau eines Prüflabors zur Marktaufsicht für Persönliche Schutzausrüstung (PSA) in der Türkei“ mit Karl-Heinz Noetel, Stabsbereich PSA und besondere DGUV-Kooperationen



Herr Noetel, das Zentrum für Sicherheitstechnik (ZS) der BG BAU unterstützt das EU-Projekt der GVG in der Türkei. Können Sie uns kurz erklären, welche Bedeutung die Testung von PSA im Arbeitsschutz hat?

Persönliche Schutzausrüstung schützt die Beschäftigten vor zahlreichen Gefahren, z.B. durch Kopfschutz, Atemschutz oder PSA gegen Absturz. Auch wenn vorrangig technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen sind, bevor PSA eingesetzt werden darf, so wären Millionen Arbeitsplätze ohne PSA nicht denkbar. Im Vorfeld muss geprüft werden, ob die PSA die Anforderungen in den Normen und Richtlinien erfüllt. Nur dann bietet sie wirklich Schutz und kann auf dem Markt zugelassen werden. Im EU-System erfolgt diese Prüfung der Produktsicherheit durch Gemeldete Stellen wie das ZS.

Sie haben die GVG schon bei der Bewerbung für dieses Projekt unterstützt. Gibt es einen Bezug zu Ihren eigenen internationalen Aktivitäten?

Wir unterstützen die Türkei seit langem z.B. durch Fachberatung und Expertenaustausch beim Aufbau einer umfassenden Aufsicht für PSA. Durch die Projektaktivitäten können wir diese Zusammenarbeit vertiefen und die Türkei beim Aufbau internationaler Kontakte unterstützen. Dabei kommt es uns zugute, dass die GVG seit vielen Jahren in der Türkei Projekte

durchführt. Hierbei haben wir die GVG als einen sehr kompetenten Partner kennen- und schätzen gelernt.

Sie waren auch selbst in Ankara und haben im ZS in Haan mehrere Gruppen empfangen, die in der Testung von PSA geschult werden. Können Sie uns kurz berichten?

Im Rahmen des Projektes erfolgt ein praktisches Training an Geräten zur Prüfung von PSA, die Teilnehmer führen bei uns also selbst Tests durch, als Vorbereitung auf ihre Tätigkeit in ihrem eigenen Prüflabor, in dem in einer zweiten Phase die praktischen Kenntnisse in Ankara vertieft werden. Am Projektende sollten die 23 geschulten ISGÜM-Mitarbeiter in der Lage sein, das Prüflabor eigenständig zu führen und den Prüfvorgang von der Vorbereitung bis hin zur Dokumentation routinemäßig durchzuführen. Zudem werden im Projekt erste Kerndokumente für die Akkreditierung des Labors erarbeitet.

Wie sieht die Zusammenarbeit mit der Türkei in diesem Bereich über das Projekt hinaus aus?

Zwischen dem Fachbereich PSA der DGUV, der bei der BG BAU als federführendem Träger angesiedelt ist, und dem türkischen Arbeitsministerium besteht eine langjährige Kooperationsvereinbarung. Auf dieser Grundlage können wir unsere Zusammenarbeit sehr gut fortsetzen. Das PSA-Projekt bedeutet jedoch einen Meilenstein für den Aufbau des staatlichen Labors zur Marktaufsicht für PSA.

Tunesien – Unterstützung des nationalen Plans zur Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Im September 2011 erhielt die GVG den Zuschlag für die Durchführung eines Twinning-Projektes in Tunesien in Zusammenarbeit mit dem französischen Partner GIP International.

Die Projektdurchführung wird nach der Vertragserstellung im Frühjahr 2012 starten. Die Projektleiterin auf deutscher Seite war langjährig bei der BAuA tätig. Sie wird gemeinsam mit anderen Expert(inn)en aus dem deutschen Arbeitsschutzsystem an verschiedenen Projektcomponenten mitwirken, die unter anderem eine Präventionsstrategie zur Reduzierung von Arbeitsunfällen, Schulungen von Aufsichtspersonal oder die Verbesserung der arbeitsmedizinischen Überwachung umfassen. Auch die Anpassung der Arbeitsschutzgesetzgebung wird eine Rolle spielen.

Studie zu europäischen Systemen zur Bekämpfung von Berufskrankheiten in den EU-Mitgliedsstaaten

Seit Januar 2011 arbeitet die GVG an einer Studie zum Thema Berufskrankheiten in Europa. Das Projekt wird gemeinsam mit drei Forschungsinstituten aus den Niederlanden, Frankreich und Polen durchgeführt. Ein Netzwerk von nationalen Expert(inn)en analysiert länderspezifische Entwicklungen. Auf deutscher Seite sind besonders die DGUV, aber auch die BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die BG Rohstoffe und chemische Industrie vertreten.

Ziel der Studie ist eine Analyse der Systeme zur Anerkennung und Entschädigung von Berufskrankheiten sowie von Präventionsmaßnahmen, aber auch von nationalen Zielsetzungen und Entscheidungsprozessen. Zudem sollen neue Risiken am Arbeitsplatz auf einzelstaatlicher Ebene und im europäischen Kontext beschrieben werden.

Basierend auf den Ergebnissen der nationalen Berichte werden Optionen diskutiert, wie die EU-Strategie bezüglich der Berufskrankheiten weiterentwickelt werden könnte.

Wie bei der Datenerhebung in den Projektländern, so werden auch bei Ausarbeitung der Optionen zahlreiche Interessenträger auf der nationalen und europäischen Ebene eingebunden, so zum Beispiel Sozialpartner, Wissenschaftler(innen) sowie nationale Gremien für Sicherheit und Gesundheit.

Fachteam Arbeitsmarkt

Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung sind die unmittelbaren Ursachen für die Armut weiter Bevölkerungskreise in den Entwicklungs- und Transformationsländern. Produktive und menschenwürdige Beschäftigung bilden für die Mehrzahl der Menschen die Grundlage für die Sicherung eines angemessenen Lebensstandards und erlaubt es ihnen, sich und ihre Familien gegen Risiken zu schützen, beispielsweise im Rahmen beitragsfinanzierter sozialer Sicherungssysteme. In der internationalen Zusammenarbeit genießt daher der Bereich der Beschäftigungsförderung einen hohen Stellenwert. Auch in der EU hat das Thema Arbeitsmarkt und Beschäftigung bereits seit langem eine hohe Priorität und ist in der Strategie Europa 2020 fest verankert.

Die GVG hat in den vergangenen Jahren eine Reihe von Projekten im Bereich Arbeitsmarkt und Beschäftigung durchgeführt, die sich insbesondere an die potentiellen und aktuellen Beitrittsländer der EU richten. Der Fokus liegt dabei im Wesentlichen auf der Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung nationaler Beschäftigungspolitik und deren Ausrichtung an den beschäftigungspolitischen Leitlinien der EU. Diese zielen insbesondere auf die Erhöhung der Beschäftigungsraten von Frauen, Jugendlichen und Älteren sowie auf die Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen in den Arbeitsmarkt. So nimmt die Gestaltung von zielgruppenspezifischen aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen und deren Umsetzung eine zunehmend große Rolle in den Projekten ein. Aber auch die stärkere Koordinierung von Beschäftigungspolitik mit Bildungspolitik und Sozialpolitik und die Einbeziehung der Sozialpartner in der Gestaltung von Beschäftigungspolitik auf nationaler und lokaler Ebene bilden einen wichtigen Bestandteil der Projekte.

Preparation of the Croatian Employment Service for joining the EURES network

2011 hat die GVG ein 8-monatiges Twinning-Projekt in Kroatien durchgeführt, das die dortige Arbeitsverwaltung (Croatian Employment Service – CES) auf die Beteiligung an EURES (EUropean Employment Services), einem Kooperationsnetz

zwischen der EU-Kommission, den öffentlichen Arbeitsverwaltungen der EWR-Staaten und anderen Partnerorganisationen vorbereitet hat. Dieses Netzwerk bietet Informations-, Beratungs- und Vermittlungsdienste für den europäischen Arbeitsmarkt und stärkt die Mobilität von Arbeitnehmer(inne)n in Europa.

Unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde das Projekt in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit und mit tatkräftiger Mitwirkung der kroatischen Arbeitsagentur umgesetzt. Neben deutschen Expert(inne)n aus dem Pool der EURES-Fachleute der BA wurden auch ausländische Expert(inne)n aus den Niederlanden und Tschechien eingesetzt. Aufbauend auf einer Analyse der vorhandenen Ressourcen und Arbeitsprozesse bei der CES im Hinblick auf die Umsetzung von EURES wurde ein EURES-Handbuch erarbeitet, das praktische Dienstanweisungen und Materialien für die tägliche Arbeit beinhaltet. Da die Arbeit von EURES auf einer IT-gestützten Informations- und Austauschplattform beruht, wurde das IT-System der kroatischen Arbeitsagentur auf seine Kompatibilität mit den Anforderungen aus EURES überprüft. Ein wesentlicher Fokus der Projektarbeit lag in der Weiterbildung einer kleinen Gruppe von ausgewählten Mitarbeiter(inne)n, die zukünftig Aufgaben im EURES-Netzwerk übernehmen werden. Ferner hat das Projekt dazu beigetragen, die interne und externe Kommunikations- und Informationspolitik der kroatischen Arbeitsverwaltung über EURES voranzubringen und erste Umsetzungsmaßnahmen auch über den Zeitpunkt des EU-Beitritts hinaus zu planen.

Schließlich konnte die Kompetenz der zuständigen Führungskräfte der CES im Hinblick auf die Planung, Berichterstattung und das Controlling von EURES-Aktivitäten insgesamt erweitert und verbessert werden.

Im Rahmen eines Twinning-Projektes zur Verbesserung der Gleichstellung von Mann und Frau im Arbeitsleben unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemeinsam mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte aus Wien seit September 2010 das türkische Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit. Die Durchführung des Projekts wird federführend von der GVG begleitet. Als Projektleiter für dieses Projekt konnte Herr Rudolf Anzinger, Staatssekretär a.D., gewonnen werden.



Herr Anzinger, können Sie uns erklären, um was es in diesem Twinning-Projekt geht?

In dem Projekt geht es um die Chancengleichheit von Männern und Frauen besonders im Arbeitsleben. Das bedeutet zum einen natürlich, dass Männer und Frauen gleiche Rechte besitzen. Zum anderen geht es aber auch um tatsächliche Chancengleichheit, die sich dann in der Realität auch in Beschäftigungszahlen ausdrücken muss.

Das Twinning-Projekt läuft nun seit etwa einem Jahr. Was wurde in dieser Zeit erreicht?

Ein Schwerpunkt in dieser Zeit lag darin, bestehende türkische Gesetze zu analysieren und sie auf ihre Vereinbarkeit mit dem Europarecht zu überprüfen. Daraus wurden von den beteiligten Expert(inn)en Vorschläge für mögliche Änderungen erarbeitet. Mit den türkischen Partnern und mit Sozialpartnern und der Zivilgesellschaft wurden diese diskutiert. Hierzu liegt nun ein Bericht vor, den die türkische Seite bei Gesetzesänderungen berücksichtigen möchte.

Twinning-Projekte verfolgen einen partnerschaftlichen Ansatz. Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem türkischen Ministerium gemacht?

Ich habe die türkische Seite als sehr interessiert an den in Deutschland geltenden Regelungen und gemachten Erfahrungen erlebt. Das gilt für rechtliche Regelungen, aber auch für die Umsetzung von Politik etwa in der Frage der Förderung von Frauenbeschäftigung.

In dem Projekt sind viele Personen aus deutschen Ministerien und Verwaltungen beteiligt. Profitieren davon auch die deutschen Expertinnen und Experten und können sie etwas lernen?

Ich bin mir sicher, dass auch unsere deutschen und österreichischen Expertinnen und Experten von ihren Erfahrungen in diesem Projekt profitieren. Die Aufgaben verlangen auf der einen Seite eine hohe fachliche Kompetenz. Gleichzeitig ist es aber notwendig, die jeweilige Thematik so zu vermitteln, dass sie auch losgelöst von der deutschen Realität verstanden wird. Hinzu kommen natürlich auch Erfahrungen in einer anderen Kultur und einer anderen Verwaltungsmentalität.

Herr Anzinger, die Türkei strebt ja eine Mitgliedschaft in der EU an. Befindet sie sich bezogen auf die Gleichstellung von Mann und Frau im Arbeitsleben auf einem guten Wege?

Rechtlich gesehen befindet sich die Türkei bezüglich der Gleichstellung von Männern und Frauen auf einem sehr guten Weg; hier gibt es keine großen Diskrepanzen zu EU-Mitgliedsstaaten. Etwas anders sieht es bei der tatsächlichen Gleichberechtigung aus. Die niedrige Frauenbeschäftigungsquote von etwa 30 % zeigt schon, dass hier noch große Anstrengungen unternommen werden müssen.

Fachteam Soziale Eingliederung

Soziale Eingliederung – oder auch soziale Inklusion – ist gerade auf europäischer Ebene in den letzten Jahren zu einem wichtigen Themenfeld geworden. So war das Jahr 2010 von der Europäischen Union zum Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und Sozialer Ausgrenzung ausgerufen worden. Auch in der „Europa 2020“ Strategie findet sich das Thema als eines von fünf Hauptzielen wieder; so soll die Zahl der von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffenen oder bedrohten Menschen europaweit um mindestens 20 Millionen gesenkt werden. Entsprechend nimmt das Thema auch in der internationalen Arbeit der GVG einen zunehmend wichtigen Platz ein und bietet viele Anknüpfungspunkte zu anderen Bereichen wie sozialer Sicherung, Arbeitsmarkt und Rehabilitation.

Im Fachteam Soziale Eingliederung werden von der GVG Aspekte der rechtlichen, politischen wie auch finanziellen Ausgestaltung sozialer Inklusion sowie der Bekämpfung von Armut vor dem Hintergrund europäischer Politik bearbeitet. Ein zentrales Thema, auch vor dem Hintergrund der Annahme der UN-Behindertenrechtskonvention durch die EU ist die Behindertenpolitik sowie die Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen in Schule und Arbeitsmarkt. Darüber hinaus werden Projekte in den Bereichen Gleichstellung von Frau und Mann, Gender Mainstreaming sowie Antidiskriminierung und Schutz von Minderheiten und deren rechtliche und faktische Umsetzung bearbeitet. Auch die ökonomischen und sozialen Folgen von Migration rücken zunehmend in den Fokus.

Hier zeigt sich, wie vielfältig und vielschichtig dieses Thema ist. Dabei bilden die Armutsvermeidung sowie das Ziel allen Menschen eine Teilhabe am sozialen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen die Klammer für die verschiedenen Einzelthemen. Gerade in wirtschaftlichen Krisenzeiten ist dieses Thema überall auf der Welt von großer Aktualität.

Twinning-Projekt „Unterstützung der Eingliederung behinderter Menschen in Beruf und Gesellschaft“ in Tunesien

Die politischen Umwälzungen in Nordafrika und anderen Teilen der arabischen Welt resultieren neben der politischen Situation zum großen Maße auch aus sozialen Problemen. So ist z.B. gerade die Jugendarbeitslosigkeit in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Die Europäische Kommission fördert aktuell eine Reihe von Projekten in den nordafrikanischen Staaten, hierunter auch ein Twinning-Projekt zur Eingliederung behinderter Menschen. Denn häufig befinden sich behinderte Menschen, die mit Stigmatisierung, Ausgrenzung und sozialer und wirtschaftlicher Not zu kämpfen haben, am äußersten Rand der Gesellschaft. Eine Teilhabe am wirtschaftlichen und sozialen Leben ist für sie damit kaum möglich.

Im Rahmen eines Twinning-Projektes soll nun ein Beitrag zur Verbesserung der Eingliederung behinderter Menschen in Tunesien geleistet werden. Dabei geht es sowohl um die Verbesserung der Bildungsmöglichkeiten für behinderte Kinder und deren Eingliederung in das Schulwesen sowie um die beruflichen Chancen und die Teilhabe am Arbeitsmarkt. Gerade behinderte Kinder und Jugendliche haben schlechte Bildungschancen. Die Eingliederung in das nationale Schulsystem steht noch ganz am Anfang und die existierenden Bildungseinrichtungen für behinderte Kinder sind finanziell schlecht ausgestattet und nicht in der Lage eine ausreichende und individuelle Förderung zu bieten. Damit sinken dann auch die Chancen jemals auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Zwar existiert auch in Tunesien eine Quote für behinderte Beschäftigte, die allerdings nur für große Betriebe gilt und als viel zu niedrig angesehen wird. Um dies zu ändern bedarf es natürlich nicht nur veränderter Gesetze und nationaler Strategien, mehr Ausbildungsmöglichkeiten und einer besseren finanziellen Ausstattung von Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen sondern auch einem Umdenken in der Gesellschaft insbesondere von Seiten der Unternehmen. An all diesen Aspekten soll im Rahmen des Projektes gemeinsam mit der tunesischen Seite gearbeitet werden.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und gemeinsam mit spanischen Behörden engagiert sich die GVG in diesem Projekt, das auf zwei Jahre angelegt ist und Anfang 2012 starten wird. Dabei werden Expertinnen und Experten aus Bund, Ländern und Mitgliedseinrichtungen der GVG, wie der DGUV, zum Einsatz kommen.

Studie zu den sozialen Auswirkungen von Migration in Mittel- und Osteuropa

Die GVG wurde im November letzten Jahres mit der Durchführung der Studie „Soziale Auswirkungen von Auswanderung und Landflucht in Mittel- und Osteuropa“ von der Generaldirektion Beschäftigung, Soziale Angelegenheiten und Eingliederung der Europäischen Kommission beauftragt. Die Studie schließt die Länder ein, die 2004 und 2007 der EU beigetreten sind (mit Ausnahme von Malta und Zypern), die Länder des Westbalkans (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Kroatien, Kosovo, Montenegro, Serbien) und der Östlichen Partnerschaft (Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Moldawien, Ukraine). Diese Länder haben alle den Übergang von einer staatlichen Planwirtschaft zur Marktwirtschaft erlebt und bedeutende Anteile ihrer Erwerbsbevölkerung sind in den letzten Jahren ausgewandert. Über diese 23 Länder hinaus werden auch die Erfahrungen Griechenlands und der Türkei analysiert, die bereits in früheren Jahrzehnten von hoher Auswanderung betroffen waren.



Treffen des GVG Forschungsteams an der Bogazici-Universität, Istanbul

Im Fokus der Analyse steht die Frage, wie sich Migration auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes und des Humankapitals sowie auf Armut und soziale Exklusion in den Herkunftsländern auswirkt. Insbesondere werden die Situation der Migrant(inn)en selbst, der zurückgelassenen Familienmitglieder und anderer gefährdeter Gruppen (u.a. Roma, Binnenvertriebene, zwangsweise zurückgeführte Personen) untersucht. Die Wirkung von Transferzahlungen von Migrant(inn)en auf die sozio-ökonomische Situation der zurückgebliebenen Familien, die Verwertbarkeit der im Ausland erworbenen Kenntnisse und ggf. Bildungsabschlüsse, der Zugang zu arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Unterstützungsmaßnahmen für Rückkehrer(innen) und zurückgelassene Familienmitglieder als auch die Wirkungsweise der Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme sind einige Fragen, die im Rahmen dieser Studie untersucht werden sollen.

Ergebnis dieser Studie, die noch bis zum Mai 2012 laufen wird, sind 25 Länderberichte, die von Migrations- und Armuts-expert(inn)en in den Ländern erstellt werden. Die Länderteams arbeiten auf der Grundlage einer gemeinsamen Methodik und Struktur, die von einem Kernteam in der GVG vorgegeben wurde. Das Kernteam bewertet die Länderberichte in verschiedenen Stadien und gibt jeweils Rückmeldung an die Länderteams. Im Juni 2011 wurde ein Workshop mit allen Expert(inn)en und unter Beteiligung von Vertreter(inn)en der Europäischen Kommission in Istanbul veranstaltet. Neben dem unmittelbaren Austausch zwischen den Expert(inn)en diente der Workshop dazu, ein gemeinsames Verständnis der methodischen Herausforderungen herzustellen und die Erwartungen der Kommission an die Studie zu vermitteln. Neben den Länderberichten wird es auch einen Synthesebericht geben, der die Erfahrungen und Herausforderungen dieser Länder zusammenfasst und Politikempfehlungen an die Kommission formuliert.

Fachteam Alterssicherung | Soziale Sicherung

Angesichts des demographischen Wandels, dem nicht nur EU-Mitgliedsstaaten, sondern auch viele Schwellen- und Entwicklungsländer entgegen sehen, stehen die sozialen Sicherungssysteme, insbesondere die Alterssicherung vor großen Herausforderungen. Alterssicherungssysteme sind ein wichtiger Bestandteil der Systeme sozialer Sicherung europa- und weltweit. Die Absicherung von Einkommensausfall im Alter muss angemessen, aber auch finanzierbar bleiben.

In vielen EU-Mitgliedsstaaten sind in den vergangenen Jahren weit reichende Reformen im Bereich der Alterssicherung verabschiedet worden. Während bei den neuen Mitgliedsländern der Fokus auf Reformen der kapitalgedeckten Alterssicherung und Begrenzung der Transitionskosten liegt, zielen die Reformen in den alten EU Mitgliedsstaaten in erster Linie auf die Anhebung des Renteneintrittsalters und die größere Beteiligung älterer Menschen am Erwerbsleben.

Im Fachteam Alterssicherung / Soziale Sicherung werden verschiedene Aspekte der Alterssicherungssysteme sowie übergreifende und grundsätzliche Fragen der sozialen Sicherung bearbeitet. Dazu gehören insbesondere Fragen des *public-private-mix*, der Gesetzgebung, Finanzierung, Leistungsausgestaltung, der Verwaltungsmodernisierung und der Entwicklung von Informationssystemen. Ein weiteres wichtiges Thema im EU-Kontext ist die Koordinierung sozialer Sicherungssysteme. Hier unterstützt die GVG Regierungen und relevante Institutionen bei der Umsetzung der EU-Rechtsvorschriften im Bereich der Freizügigkeit.

Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms – asisp

Das asisp Expertennetzwerk informiert über aktuelle Entwicklungen und analysiert die sozioökonomischen Auswirkungen von Reformen des Sozialschutzes (Alterssicherung, Gesundheit und Langzeitpflege) in 34 europäischen Staaten.

Zu den herausragenden Aktivitäten des Netzwerks im Jahr 2011 gehörte das Netzwerktreffen Ende März in Brüssel, an

dem neben den Expert(inn)en aus den 34 europäischen asisp Ländern auch zahlreiche Mitarbeiter(innen) der Europäischen Kommission und Vertreter(innen) des Ausschusses für Sozialschutz teilnahmen. Im Fokus des Treffens stand die soziale Dimension der europäischen Strategie 2020 sowie der Beitrag der sozialen Sicherungssysteme zur Armutsvermeidung.



asisp Netzwerktreffen 2011

Im April 2011 wurden die nationalen Reformprogramme der 27 EU-Mitgliedsstaaten von den asisp Länderexpert(inn)en kommentiert. Es wurde untersucht, inwieweit die beabsichtigten sozialpolitischen Maßnahmen in den jeweiligen Reformprogrammen im Einklang mit der Strategie 2020 sind und auf welche Weise allgemeine finanz- und wirtschaftspolitische Maßnahmen Rückwirkungen auf die Systeme der Alterssicherung, Gesundheit und Langzeitpflege haben.

Einen umfassenden Überblick über die neuesten nationalen Entwicklungen in der sozialen Sicherung der 34 asisp Länder bieten die Jahresberichte, die im Juni 2011 erstellt wurden und auf der asisp Webseite (www.socialprotection.eu) zugänglich sind.

Die Jahresberichte zeugen von einem ereignisreichen Jahr für die soziale Sicherung in Europa. In vielen Ländern, insbesondere in den Ländern mit einer hohen öffentlichen Verschuldung, hat es grundlegende und zum Teil auch dramatische Einschnitte bei Sozialleistungen gegeben. In anderen

Ländern wurde jedoch auch die wirtschaftlich stabilisierende Funktion der sozialen Sicherung während der Krise betont.

Ein Schwerpunkt der Reformen in den asisp Ländern lag 2010 im Bereich der Alterssicherung. Viele EU-Mitgliedsstaaten beabsichtigen die gesetzlichen Altersgrenzen anzuheben, um demographischen Veränderungen zu begegnen. In einigen Ländern ist zukünftig vorgesehen das Rentenalter (oder andere Parameter des Systems) automatisch an die Entwicklung der Lebenserwartung zu knüpfen. Ein weiteres wichtiges politisches Thema europaweit ist die Erhöhung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In den asisp Länderberichten werden verschiedene Maßnahmen beschrieben wie dies zu erreichen ist, so z.B. Anreize durch das Alterssicherungssystem, neue Arbeitszeitmodelle und auch Bemühungen der Arbeitgeber, Arbeitsplätze altersgerecht zu gestalten.

In vielen der neuen Mitgliedsstaaten hat es darüber hinaus weitreichende Änderungen im Bereich der privaten, kapitalgedeckten Alterssicherung gegeben, die durch die Finanz- und Wirtschaftskrise einen deutlichen Vertrauensverlust erlitten haben und durch hohe Übergangskosten zu einer großen Belastung für die öffentlichen Haushalte geworden sind.

Die Versorgungssituation und Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege bildet einen weiteren Schwerpunkt der aktuellen asisp-Berichte. Während in einigen Ländern Leistungen der sozialen Sicherung im Fall von Pflegebedürftigkeit fest verankert sind, wird Pflege in der Mehrzahl der Mitgliedsstaaten hauptsächlich informell erbracht. Ein Einblick in die nationalen Debatten, die die Länderberichte erlauben, macht jedoch deutlich, dass die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit zu einem der großen Zukunftsthemen in der Sozialpolitik Europas werden wird.

Weitere aktuelle Themen, die das asisp Netzwerk im zweiten Halbjahr 2011 bearbeitet, betreffen die Kommentierung und Aktualisierung von Studienergebnissen für den geplanten EU-

Bericht zur Angemessenheit von Renten, eine methodische Auswertung innovativer sozialer Projekte und Pilotstudien (*social experimentation*) sowie eine Einschätzung von Ergebnissen der Eurobarometer-Umfrage zum sozialen Klima aus der Sicht der asisp Expertinnen und Experten.

Auch außerhalb der Europäischen Union, insbesondere in den Nachbarstaaten der EU werden Reformen des Sozialschutzes von der EU Kommission beobachtet und mit ihrer finanziellen Unterstützung vorangetrieben.

Soziale Sicherung im Kaukasus

Im Frühjahr 2011 hat die GVG im Auftrag der EU Kommission eine Studie zur sozialen Sicherung im Kaukasus (Armenien, Aserbaidschan und Georgien) abgeschlossen, die die Systeme der sozialen Sicherung und aktuelle sozialpolitische Probleme in der Region analysiert. Sozialpolitische Stabilität in der Region ist für die EU von großer Bedeutung. Der Kaukasus steht in dieser Hinsicht vor vielen sozialpolitischen Herausforderungen. Der Arbeitsmarkt in allen drei Ländern ist durch einen hohen Grad an Informalität und Subsistenzwirtschaft gekennzeichnet. Die Armutsquoten sind hoch, die Renten niedrig und der Zugang zum Gesundheitswesen ist durch hohe private Zuzahlungen nicht für Alle gewährleistet. Die Ausgaben für Gesundheit und Alterssicherung liegen – auch im Vergleich zu anderen ehemaligen Staaten der Sowjetunion – ausgesprochen niedrig. Zudem sind die Länder durch regionale Konflikte mit einer großen Anzahl von Flüchtlingen konfrontiert. Vor allem aufgrund des rasanten Wirtschaftswachstums in den vergangenen Jahren können jedoch erste Erfolge in der Armutsbekämpfung verzeichnet werden. Die Länder stehen jetzt vor großen strukturellen Reformen im Hinblick auf ihre Renten- und Gesundheitssysteme. Die Studie kann bei der GVG Geschäftsstelle angefordert werden.

Übersicht Internationale Projekte

Fachteam	Land	Titel	Geldgeber	Projekttyp
Arbeitsmarkt	Kroatien	Preparation of the Croatian Employment Service for joining the EURES network	EU	Twinning
Arbeitsmarkt	Kroatien	Local Partnerships for Employment – Phase 3	EU	Technische Zusammenarbeit
Arbeitsmarkt	Diverse	Study on Social Dialogue in the Western Balkan Countries	EU	Studie
Arbeitsmarkt	Türkei	Promoting Gender Equality in Working Life	EU	Twinning
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Aserbaidshan	Support to the State Labour Inspectorate Service (SLIS) in Occupational Health and Safety (OHS) enhancement in the Republic of Azerbaijan	EU	Twinning
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Aserbaidshan	Enhancing the capacity of the State Labor Inspectorate	Worldbank	Technische Zusammenarbeit
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Tunesien	Appui au plan national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles	EU	Twinning
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Türkei	Technical Assistance for Establishment of a Market Surveillance Support Laboratory for Personal Protective Equipment	EU	Technische Zusammenarbeit
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Diverse	Report on the Current Situation in Relation to Occupational Diseases' Systems in EU Member States and EFTA/EEA Countries	EU	Studie / Netzwerk
Gesundheit	Albanien	Seminarreihe „Krankenhausfinanzierung in Albanien“	BMG	Bilaterale Kooperation
Gesundheit	Mongolei	Third Health Sector Development Project	ADB	Technische Zusammenarbeit
Gesundheit	Serbien	Training in Health Service Management in Serbia	EU	Technische Zusammenarbeit
Gesundheit	Serbien	Development of Palliative Care Services in the Republic of Serbia	EU	Technische Zusammenarbeit
Gesundheit	Serbien	Gesundheitspolitische Zusammenarbeit mit Serbien	BMG	Bilaterale Kooperation
Gesundheit	Diverse	Coping with an Ageing Population – Learning from good eHealth and Tele-care Practices	EU	Studie
Soziale Eingliederung	Kroatien	Access to Education by Students with Disabilities	EU	Technische Zusammenarbeit
Soziale Eingliederung	Tunesien	Appui à l'insertion socio-économique des personnes handicapées	EU	Twinning
Soziale Eingliederung	Diverse	Study on the Social Impact of Emigration and Rural-Urban Migration in Central and Eastern Europe	EU	Studie / Netzwerk
Alterssicherung / Soziale Sicherung	Diverse	Social Protection and Social Inclusion in Southern Caucasus	EU	Studie
Alterssicherung / Soziale Sicherung	Diverse	Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms in the EU Member States, EFTA/EEA, Candidate and Pre-Candidate Countries (ASISP)	EU	Studie / Netzwerk

Öffentliche Veranstaltungen | Publikationen

„Wettbewerbs- und Kartellrecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung“

Da die Anwendung wettbewerbs- und kartellrechtlicher Regularien in der gesetzlichen Krankenversicherung eine noch recht junge Entwicklung ist und somit neben der Debatte zu noch offenen Fragen auch ein hoher Bedarf nach Austausch erster Erfahrungen besteht, hat die GVG im Juli 2011 eine öffentliche Veranstaltung zu diesem Thema durchgeführt.

Als Hauptredner freute sich der Vorsitzende der GVG den Präsidenten des Bundeskartellamtes, Herrn Andreas Mundt, begrüßen zu können. Herr Mundt stellte die Aufgaben und Arbeitsweise seines Amtes vor. Den Beschlussabteilungen obliegt die Fusionskontrolle, die Kartellbekämpfung und die Missbrauchsaufsicht. Die Vergabekammern gewährleisten Rechtsschutz, indem sie eine transparente und diskriminierungsfreie Vergabe öffentlicher Aufträge gewährleisten. Wettbewerbs- und kartellrechtlicher Überprüfung unterliegen im Gesundheitswesen hauptsächlich Arzneimittelrabattverträge, Krankenkassenfusionen sowie Fusionen von Krankenhäusern. Eine Einordnung kartellrechtlicher Regulierungen im SGB V als neue Herausforderung für die GKV durch Herrn Dr. Karl-Heinz Mühlhausen vom AOK Bundesverband sowie ein Beitrag zu Vorstellungen für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung durch Herrn Dr. Ulrich Vorderwülbecke, Verband Forschender Arzneimittelhersteller, komplettierte die Veranstaltung und lieferte den interessierten Gästen ausreichend Stoff für Diskussionen.

GVG - Euroforum 2011

Unter dem Titel „Long-term care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich“ wurde die Reihe der Euroforen im Oktober 2011 fortgesetzt. Anknüpfend an die Beratungen im EU-Ausschuss der GVG sowie an die auf nationaler Ebene aktuell geführte Debatte verfolgte das Euroforum das Ziel, durch einen Blick über den Tellerrand die Situation anderer Länder zu erfassen und aus dort gewählten Lösungsansätzen Impulse für eine Weichenstellung in Deutschland zu geben.

Ein Überblick über die Situation der Langzeitpflege in den OECD Ländern durch Michael Schönstein von der OECD sowie der Beitrag zu den Herausforderungen und Perspektiven in Österreich durch Herrn Dr. Marcel Fink, Institut für Staatswissenschaft, Universität Wien, boten ausreichend Diskussionsstoff für die anschließende Debatte.

GVG Schriftenreihe

Im Rahmen der GVG-Schriftenreihe ist als Band 69 eine Publikation unter dem Titel „Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege“, Teil I, Deutschland, erschienen. Neben einer Darstellung der erwarteten Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger und von Pflegekräften werden unter anderem Ursachen für den Fachkräftemangel sowie die Ausbildungssituation in den Pflegeberufen beleuchtet. Aus dem analytischen Teil abgeleitete Empfehlungen runden das Werk ab. Die internationale Dimension des Themas wird in einem Teil II, als Band 70 der GVG Schriftenreihe, im Nachgang des Euroforums veröffentlicht.



Pressekonferenz zur Vorstellung des Bandes 69 der GVG Schriftenreihe

GVG Informationsdienst

Als Informationsdienst 332 ist ein Bericht über eine Studienreise des Ausschusses Altersicherung nach Großbritannien erschienen.

Die Geschäftsstelle der GVG

Die GVG beschäftigt derzeit 45 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die für die Belange der Mitglieder und in internationalen Projekten arbeiten. Aus dem Kernteam (Geschäftsführung, Projektmanager(innen), Sekretariate, Buchhaltung, IT) sind 17 Personen in Vollzeit und 9 in Teilzeit beschäftigt. Derzeit bildet die GVG zwei Auszubildende zu Bürokauffrauen aus. Unterstützt wird das Kernteam durch insgesamt 17 studentische Hilfskräfte und Aushilfen (Stand: September 2011).

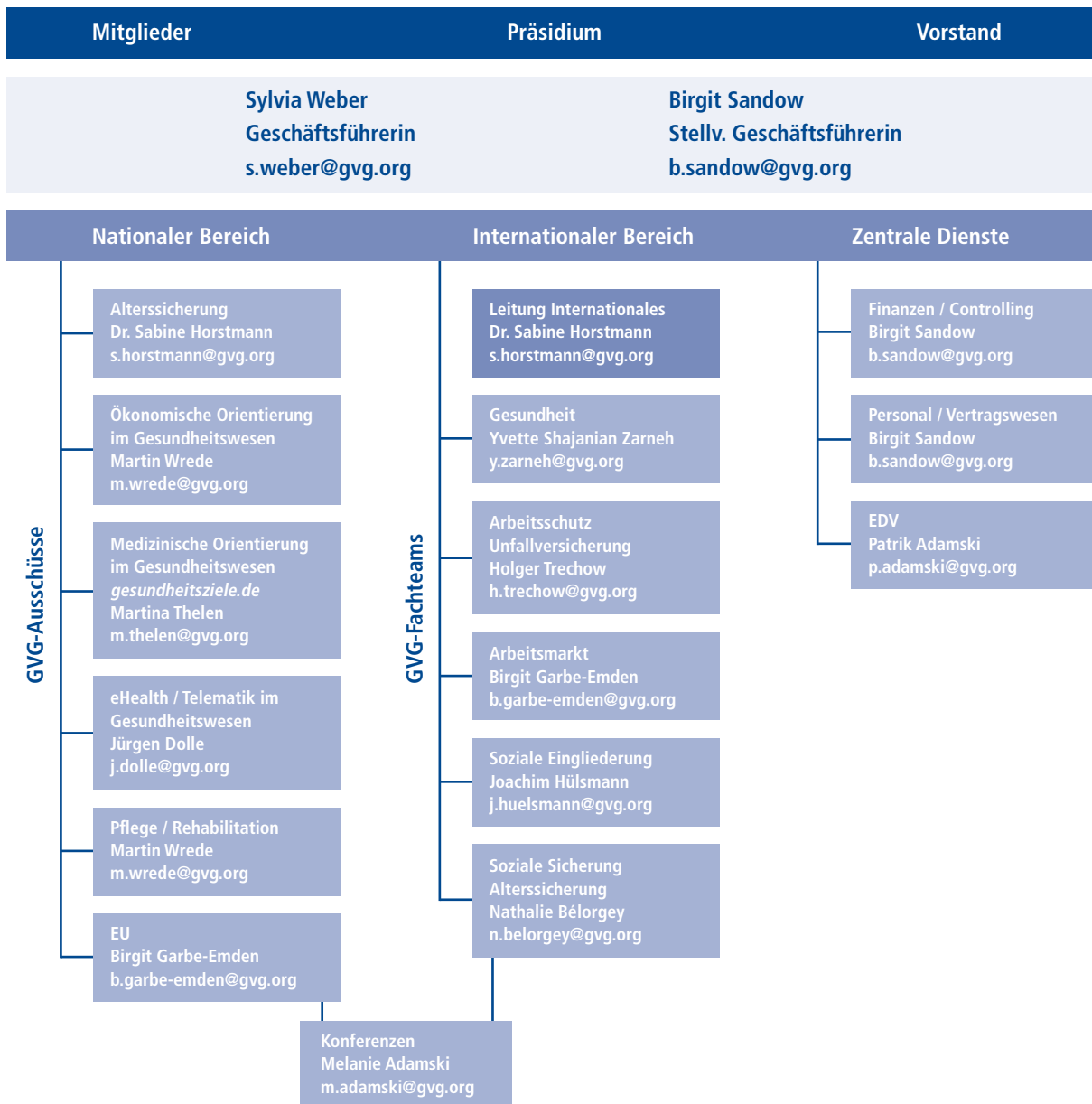
Zu Beginn des Jahres gab es einen Wechsel in der Geschäftsführung der GVG. Frau Sylvia Weber übernahm das Amt von der langjährigen Geschäftsführerin Frau Dr. Sibylle Angele.

Seit Mitte 2011 hat die GVG wieder eine verantwortliche Leiterin für den Bereich Internationales. Frau Dr. Sabine Horstmann, eine langjährige Mitarbeiterin der GVG, hat diese Aufgabe übernommen.

Im Zusammenhang mit der Wiederbesetzung der Leitung Internationales wurde eine Reorganisation der internationalen Fachteams vorgenommen. Das neue Organigramm der GVG finden Sie auf Seite 27.



Organigramm der GVG-Geschäftsstelle



Sekretariate, Projektassistenz:

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Hansaring 43, 50670 Köln
Tel.: +49 (0)221 91 28 67-0, Fax: +49 (0)221 91 28 67-6, info@gvg.org, www.gvg.org

Vorstand der GVG | Präsidium der GVG

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

Nieüll
(stellv. Vorsitzender der GVG)

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

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 Graalman

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

Jürgen Hohnl

Geschäftsführer des IKK e.V., Berlin

Dipl.-Kfm. Michael Jung

Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft
Berufsständischer Versorgungseinrichtungen, Berlin

Heinz Kaltenbach

Geschäftsführer BKK-Bundesverband, Essen

Dr. Volker Leienbach

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

Dr. Carl-Heinz Müller

Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundes-
vereinigung, 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 Universität Darmstadt
(als Vertreter der Wissenschaft)

Prof. Dr. Winfried Schmähl

Niebüll
(als Vertreter der Wissenschaft)

Dr. Peter Schwark

Mitglied der Hauptgeschäftsführung des Gesamt-
verbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.,
Berlin

Eckhart Stüwe

Geschäftsführer des Spitzenverbandes der landwirtschaft-
lichen Sozialversicherung, Kassel

Prof. Dr. Gregor Thüsing

Universität Bonn
(als Vertreter der Wissenschaft)

Prof. Dr. Eberhard Wille

Universität Mannheim
(als Vertreter der Wissenschaft)

Mitgliederliste der GVG

Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen – also (Zahn-) Ärzte, nicht-ärztliche Medizinberufe, Krankenhäuser, Apotheker, Reha-Einrichtungen, Pharmaindustrie und Hersteller von Medizintechnologie – Gewerkschaften und Arbeitgeber, weitere gesellschaftlich relevante Institutionen und Wissenschaftler.

Ordentliche Mitglieder

AachenMünchener Lebensversicherung AG, Aachen
AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf
AOK-Bundesverband, Berlin
Aon Jauch & Hübener, Mülheim
ARAG Lebensversicherung AG, München
Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland, München
Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V., Berlin
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, Goslar
Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V., Heidelberg
Arbeitsgemeinschaft kommunale und kirchliche Altersversorgung e.V., München
Ärzttekammer Westfalen-Lippe / Ärzteversorgung, Münster
Ärzteversorgung Niedersachsen, Hannover
B.A.D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH, Bonn
Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Tübingen
Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
BARMER GEK, Wuppertal
Bauern- und Winzerverband Rheinland-Nassau e.V., Koblenz
Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG Geschäftsführung, München
Bayerische Versorgungskammer - Bayerische Ärzteversorgung, München
Bergbau-Berufsgenossenschaft / Hauptverwaltung, Bochum
BfA-Gemeinschaft, Rielasingen-Worblingen
BKK Bundesverband, Essen
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main
Bundesärztekammer, Berlin
Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR), Berlin
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., Freiburg
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Berlin
Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Berlin
Bundeszahnärztekammer / Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern, Berlin
CENTRAL Krankenversicherung AG, Köln
COMPASS Private Pflegeberatung, Köln
Continental Krankenversicherung, Dortmund
DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg
Debeka Krankenversicherung VVaG, Koblenz
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Berlin
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sankt Augustin
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum
Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf
Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster
Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Berlin
Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Berlin
Deutscher Heilbäderverband e.V., Bonn
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein aG, Hamburg
DHV-Die Berufsgewerkschaft e.V., Hamburg
diabetes.DE, Berlin
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bonn
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Berlin
Gewerkschaft der Sozialversicherung, Bonn
GKV-Spitzenverband, Berlin
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Pulheim/Brauweiler
HALLESCHE Krankenversicherung a.G., Stuttgart
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung für Handwerk, Handel und Gewerbe, Hamburg
IKK e.V., Berlin
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Hamburg
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover
KKH-Allianz, Hannover
Klinik am See Reha-Fachklinik Betriebsgesellschaft mbH & Co. KG, Rüdersdorf bei Berlin
Landesärztekammer Hessen / Versorgungswerk, Frankfurt/Main
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
Lundbeck GmbH, Hamburg
Marburger Bund Treuhandgesellschaft mbH, Berlin
MEDICPROOF GmbH, Köln
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar
Nordrheinische Ärzteversorgung, Düsseldorf
PHV – Der Dialysepartner, Bad Homburg
R+V Lebensversicherung AG, Wiesbaden
Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale
Rudolf Presl GmbH & Co / Klinik Bavaria Reha KG, Kreischa/Sachsen
Saline Bad Sassendorf GmbH, Bad Sassendorf
SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel
Süddeutsche Krankenversicherung aG, Fellbach
Techniker Krankenkasse, Hamburg

Towers Watson Deutschland GmbH, Wiesbaden
ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Berlin
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln
ver.di Bundesverwaltung, Berlin
Vereinigte IKK, Dortmund
Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband, Köln
Zahnärztekammer Hamburg, Hamburg
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Kiel
ZAT Deutschland e.V., Bad Nauheim
Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Köln
Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin

Persönliche Mitglieder

Arteaga, Marco S., RA Dr., Oestrich-Winkel
Augurzky, Dr. Boris, Essen
Becker, Ulrich, Prof. Dr., München
Cassel, Dieter, Prof. Dr., Duisburg
Cox, Horst, Tübingen
Deeg, Peter Prof. Dr. med., Bad Kissingen
Döring, Diether, Prof. Dr., Frankfurt/Main
Ebsen, Ingwer, Prof. Dr., Frankfurt/Main
Franz, Michael-Hartmut, Dr., Köln
Gitter, Wolfgang, Prof. Dr., Bayreuth
Gleitze, Wilfried, Münster
Glockner, Rainer, Karlsruhe
Heberlein, Ingo, Prof. Dr., Sereetz
Heine, Wolfgang, Dr., Berlin
Herber, Reinold, Dr., Irland
Hess, Rainer, Dr., Siegburg
Heubeck, Klaus, Prof. Dr., Köln
Hinne, Reinhard, Dr., Grünwald
Jung, Michael, Dipl.-Kfm., Köln
Kerger, Dietrich Bernd, Sinzig
Kirchberger, Stefan, Dr., Berlin
Kossow, Klaus-Dieter, Prof. Dr., Achim
Kunze, Thomas, Dr., Ratingen
Lange, Wolfgang, Berlin
Maier, Ute, Dr., Tübingen
Maydell, Bernd Baron von, Prof. Dr., Sankt Augustin
Müller-Markmann, Burkhardt, Dr., Sankt Georgen
Plagemann, Hermann, Prof. Dr., Frankfurt/Main
Rürup, Bert. Prof. Dr. Dr., Darmstadt
Scheidgen, Wilhelm, Bergisch Gladbach
Schmähl, Winfried, Prof. Dr., Niebüll
Schmelzer, Josef A., Prof. Dr., Troisdorf
Schulte-Mimberg, Udo, Wachtberg
Schulze, Erhard-Veit, Dr., Offenbach
Schülke, Heiner, Meersburg
Stein, Hans, Dr., Bonn
Steinhausen, Jörg, Dr., Köln
Steinmeyer, Heinz-D., Prof. Dr., Münster
Thüsing, Gregor, Prof. Dr., Bonn
Tiemann, Susanne, Prof. Dr., Köln
Uleer, Christoph, Dr., Sankt Augustin
Wagner, Gert, Prof. Dr., Berlin
Wasem, Jürgen, Prof. Dr., Troisdorf
Weber, Axel, Dr., Bernkastel
Weinhold, Ernst-Eberhard, Prof. Dr., Nordholz
Wigge, Peter, Dr., RA, Hamm

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)
Hansaring 43
D-50670 Köln

Tel.: +49 (0)221 91 28 67-0
Fax: +49 (0)221 91 28 67-6
info@gvg.org
www.gvg.org

Titelfoto: Frank Töpfer (Sitz der GVG, Hansaring 43)