





# Vorwort

Ob demografischer Wandel oder europäische Finanzkrise: Die Herausforderungen für die Systeme der sozialen Sicherung werden in der Öffentlichkeit immer stärker wahrgenommen. Die Frage einer zukunftssicheren Finanzierung der Alterssicherung spielt dabei eine ebenso große Rolle wie die Diskussion von Lösungen für den künftigen Pflegepersonalbedarf oder der verantwortliche Umgang mit neuen Behandlungsverfahren und deren Finanzierung.

Bereits seit 65 Jahren bietet die GVG ihren Mitgliedern eine in dieser Konstellation einmalige Plattform, um diese Herausforderungen wissenschaftlich fundiert, interdisziplinär und sektorübergreifend zu diskutieren. Auch im vergangenen Geschäftsjahr gelang es der GVG den wichtigen Dialog der Institutionen der sozialen Sicherung zu begleiten und notwendige Konsenspositionen zu erarbeiten.

Die in Ausschüssen organisierte nationale Arbeit der GVG ermöglicht ihren Mitgliedern nicht nur den Austausch mit hochrangigen Experten, vielmehr befördert die GVG so auch den notwendigen „Blick über den Tellerrand“. Denn selbstverständlich ist nicht nur im EU-Ausschuss der Blick über die nationalen Grenzen unabdingbar – auch die anderen Ausschüsse profitieren von dem von der GVG ermöglichten Austausch mit internationalen Experten. So bot beispielsweise eine Studienreise im September 2012 die besondere Chance sich über sozialpolitische Diskussionen in Österreich zu informieren. Dieser Vor-Ort-Vergleich machte deutlich, wie groß die Fortschritte des von der GVG als Geschäftsstelle betreuten nationalen Gesundheitszieleprozesses im internationalen Vergleich sind und ließ die bestehenden Herausforderungen in der Fortentwicklung der eHealth-/Telematikanwendungen in Deutschland noch besser einordnen. Einen wichtigen Beitrag zur lösungsorientierten Diskussion über Telematikanwendungen im Gesundheitswesen leistete die GVG dabei, mit der während der eHealth Conference 2012 verabschiedeten Saarbrücker Erklärung, die nicht nur in der Gesundheitsministerkonferenz der Länder große politische Resonanz fand.

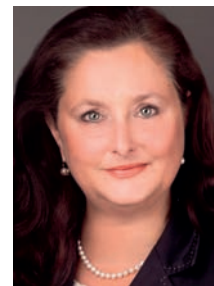
Der international vergleichende Fokus der Arbeit der GVG ist nicht nur für die wissenschaftliche Expertise und die nationale Ausschussarbeit befruchtend, auch für den Erfolg des im Oktober 2012 organisierten Euroforums zu den „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ war dieser unabdingbar.

Die GVG profitiert so auch in ihrer nationalen Arbeit von ihrem breiten Expert(inn)ennetzwerk und ihrer langjährigen Erfahrung, die durch die erfolgreiche internationale Projektarbeit entstand. Denn als geschätzter Projektpartner unterstützt die GVG seit über 20 Jahren Ministerien, Behörden oder Sozialversicherungsträger anderer Länder bei der Reform und Umgestaltung der Sozial- und Gesundheitssysteme. Mit ihrer Expertise trägt die GVG so nicht nur dazu bei, dass die Verwaltungspraktiken des zusammenwachsenden Europas vereinheitlicht werden, sondern unterstützt auch nordafrikanische oder asiatische Behörden bei ihrer Suche nach passenden Antworten für eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung und zum Arbeitsschutz.



*Herbert Rische*

Dr. Herbert Rische  
Vorsitzender der GVG



*Sylvia Weber*

Sylvia Weber  
Geschäftsführerin



# Inhalt

<b>NATIONALE TÄTIGKEITEN</b>	<b>7</b>
Ausschuss Alterssicherung	7
Ausschuss eHealth   Telematik	8
Ausschuss Europa	9
Ausschuss Ökonomische Orientierung	10
Ausschuss Pflege   Rehabilitation	11
Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i>	12
eHealth Conference 2012	14
<b>INTERNATIONALE AKTIVITÄTEN</b>	<b>16</b>
Fachteam Gesundheit	18
Fachteam Arbeitsschutz   Unfallversicherung	20
Fachteam Arbeitsmarkt	22
Fachteam Soziale Eingliederung	24
Fachteam Alterssicherung   Soziale Sicherung	26
Übersicht Internationale Projekte	28
<b>Öffentliche Veranstaltungen   Publikationen</b>	<b>29</b>
Die Geschäftsstelle der GVG	30
Organigramm der GVG-Geschäftsstelle	31
Vorstand der GVG   Präsidium der GVG	32
Mitgliederliste der GVG	34



# Ausschuss Alterssicherung



„Die Bewertung des Regierungsdialogs Rente und das Konzept der Zuschussrente prägte ab dem zweiten Halbjahr 2011 die Ausschussarbeit. Doch es ist selbstverständlich, dass sich die Ausschussarbeit – angesichts einer immer stärkeren internationalen Verflechtung – nicht nur auf nationalstaatliche Themen beschränkt. Ob Weißbuch Rente oder niederländische Debatte um die Zukunft der kapitalgedeckten Altersversorgung: Die Ausschussmitglieder profitierten einmal mehr von der vergleichenden Perspektive, die auch bei unserer neuerlichen Diskussion über Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Alterssicherung fruchtbringend ist.“

Prof. Dr. Winfried Schmähl, war bis 2007 Professor für Wirtschaftswissenschaft an der Universität Bremen und ist Vorsitzender des Ausschusses Alterssicherung der GVG.

## Regierungsdialog Rente und „Zuschussrente“

Einen wichtigen Schwerpunkt der Arbeit des Ausschusses bildete die Bewertung des Regierungsdialogs Rente zur Vermeidung von Altersarmut. Die Teilnehmer(innen) an den Ausschusssitzungen nutzten ab November 2011 die Möglichkeit zur Diskussion des von Ministerin von der Leyen forcierten Zuschussrentenmodells. So wurde die Frage, inwieweit dieses Modell Fürsorge und Versicherungsleistungen weiter vermische und ob es tatsächlich zielgenau zur Vermeidung von Altersarmut beitragen könne, ebenso kritisch diskutiert, wie die Fragen nach einer notwendigen systemgerechten Finanzierung der Leistungen aus Steuermitteln.

## Europäische Schuldenkrise und Weißbuch Rente

„Die Finanzkrise hat bisher für Deutschland weniger tief greifende Folgen als ursprünglich befürchtet“, konstatierte Johannes Clemens (Deutsche Bundesbank) in der gemeinsam mit dem EU-Ausschuss durchgeführten Ausschusssitzung im März 2012. Gleichwohl sei angesichts der immer weiter voranschreitenden Euro- bzw. Staatsschuldenkrise zu befürchten, dass das Subsidiaritätsprinzip in Europa geschwächt werde. Den neuen Regulierungsrahmen für eine intensivere wirtschaftspolitische Steuerung und Überwachung durch Brüssel stellte in diesem Zusammenhang Markus Sailer (Deutsche Rentenversicherung Bund) vor.

Auf wichtige grundsätzliche Impulse der EU-Kommission wies Dr. Cornelia Schmid (Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V.) bei ihrer Bewertung des Weißbuchs Rente hin. Die zentrale Botschaft des Papiers sei, dass EU-weit zukünftig mehr und länger gearbeitet werden müsse und privat mehr vorzusorgen sei. Kritisch zu beobachten sei dabei die weitere Entwicklung von EU-Regulierungen im Hinblick

auf die Sicherungsanforderungen für kapitalgedeckte Alterssicherung. Auch die erneuten Diskussionen über die Portabilitätsrichtlinie könnten nach ihrer Einschätzung erhebliche Auswirkungen auf die deutsche betriebliche Altersvorsorge haben.

## Alterssicherung in den Niederlanden

Mit der Einladung von Sybille Reichert vom Dachverband der niederländischen Pensionsfonds blieb auch in der folgenden Ausschusssitzung der Blick über die Grenzen gerichtet. Die Expertin erläuterte die ausgesprochen kontrovers geführte Debatte in den Niederlanden um die Fortentwicklung des Alterssicherungssystems. Im weltweiten Vergleich sei das Leistungsniveau der Alterssicherung zwar nach wie vor so hoch, dass die Armutsquote unter Älteren auf einem sehr niedrigen Niveau sei. In jüngster Zeit wäre es jedoch zu einem erheblichen Vertrauensverlust in die kapitalgedeckte Altersversorgung gekommen. Da der Deckungsgrad der Pensionsfonds unter dem erforderlichen Niveau läge, seien vermehrt Leistungskürzungen in Anwartschaften und laufenden Renten zu erwarten.

## Studienreise: Pensionsreformen in Österreich

Die Studienreise der GVG ermöglichte es den Teilnehmer(inne)n unter anderem sich mit dem Sektionschef für allgemeine Fragen der Sozialversicherung im österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Dr. Walter Pöltner auszutauschen. Ohne übertriebenen Alarmismus schilderte der österreichische Spitzenbeamte faktenreich eine der größten Herausforderungen des Nachbarlandes: Die hohe Anzahl der Frühpensionierung auf Grund mangelnder Prävention.

## Ausschuss eHealth | Telematik



„Schon die Verabschiedung der Saarbrücker-Erklärung belegt, dass es sich auch bei den Diskursen um die Einführung und Nutzung digitaler Informations- und Kommunikationstechnologie lohnt, die beteiligten Akteure gemeinsam an einen Tisch zu bringen. Dies ist der GVG nicht nur mit der eHealth Conference im Juni 2012 hervorragend gelungen. Auch die Ausschussarbeit war von diesem notwendigen Ansatz geprägt.“

Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und Vorsitzender des Ausschusses eHealth/Telematik im Gesundheitswesen.

### Gemeinsame Erwartungen an Telemedizin

Auch 2012 begleitete die GVG die Diskussion um eHealth-Anwendungen und Telemedizin intensiv. Nicht nur während der eHealth Conference sondern auch im Rahmen der Ausschusssitzungen wurden die Erwartungshaltungen der Akteure an die Fortentwicklung der Telematikanwendungen thematisiert. Kontinuierlich informierte Nino Mangiapane (Bundesministerium für Gesundheit) zudem über das Vorankommen der eHealth-Initiative der Bundesregierung.

Wenngleich Telemedizin längst Versorgungsrealität ist, wie Dr. Johannes Schenkel (Bundesärztekammer) in einer Ausschusssitzung im September 2011 konstatierte, so gilt es für diese Anwendungen Evidenznachweise zu erbringen und tragfähige Finanzierungskonzepte zu finden. Dass es mit Hilfe eines Ressourcensharings gelingen kann, die für hohe Investitionskosten erforderlichen großen Zielgruppen zu generieren, erläuterte Rainer Beckers (Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH) in der gemeinsam mit dem Ausschuss Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen ausgerichteten Sitzung im Oktober 2011.

Basierend auf der Kenntnis teilweise differierender Erwartungshaltungen der Akteure an Telemedizinanwendungen, initiierte der Ausschuss eine dem Konsensprinzip der GVG verpflichtete Arbeitsgruppe, die sich am 6. Dezember 2011 konstituierte.

Die Aufgabe der Arbeitsgruppe, gemeinsame Anforderungen an telemedizinische Anwendungen hinsichtlich der Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu formulieren, wurde allerdings im Mai 2012 zunächst zurückgestellt, um den Abschluss der Beratungsarbeit des Instituts des Bewertungsausschusses abzuwarten.

### Nutzerorientierung: Ökonomisch sinnvoll, politisch unterstützt

Dass Telemedizin einen großen ökonomischen Nutzwert und Lebensqualitätsgewinn bei der Versorgung chronisch kranker Patient(inn)en haben kann, dokumentierten bereits die von Prof. Dr. Friedrich Köhler (Charité, Universitätsmedizin Berlin) vorgestellten Studienergebnisse des Projektes „Partnership for the Heart“ in einer Ausschusssitzung im Oktober 2011. So ließe sich mit einer telemedizinischen Früherkennung eine Vielzahl von Krankenhausaufenthalten bei Herzinsuffizienz vermeiden. Die durch eHealth-Anwendungen möglichen, besseren Versorgungsmöglichkeiten standen auch im Fokus des Expertenaustauschs auf der eHealth Conference in Saarbrücken am 5. und 6. Juni 2012. In der von den Teilnehmer(inne)n verabschiedeten Erklärung, wurden nutzerorientierte Anwendungen gefordert, die Leistungserbringern, Versicherten und Patient(inn)en gleichermaßen Vorteile bringen. Ein Ziel, mit dem sich nicht nur die Gesundheitsministerkonferenz identifizierte, sondern dass auch im Rahmen einer Ausschusssitzung im September 2012 aus verbraucher-, parteipolitischer und datenschutzrechtlicher Perspektive diskutiert wurde.

In der auf große Resonanz stoßenden Ausschusssitzung stimmte die gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Birgitt Bender der Saarbrücker Erklärung zu und begrüßte die nutzerorientierte Betrachtungsweise von Telematikanwendungen. Auch Dr. Edgar Franke (SPD), betonte die Notwendigkeit eHealth und Telematik nicht nur aus einer Technikperspektive zu diskutieren und die Vorteile im Rahmen einer Akzeptanzkampagne sichtbar werden zu lassen. Angeregt diskutierten die Teilnehmer(innen) zudem die datenschutzrechtlichen und verbraucherpolitischen Anforderungen an Telematikanwendungen mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Dr. Alexander Dix und Susanne Mauersberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband e.V..

## Ausschuss Europa



„Gerade die Finanzkrise führt uns die wechselseitige Abhängigkeit deutscher und europäischer Entwicklungen sehr plastisch vor Augen. Der EU-Ausschuss bot aber nicht nur die Möglichkeit die Auswirkungen der Finanzkrise auf die sozialen Sicherungssysteme zu diskutieren – vielmehr fand beispielsweise auch die Vorstellung der Ziele des „Europäischen Jahres des aktiven und gesunden Alterns“ das Interesse der Experten.“

Prof. Dr. Susanne Tiemann, Honorarprofessorin an der Universität Bonn, ehem. Präsidentin des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses; Vorsitzende des Ausschusses Europäische Union der GVG.

### Europäisches Jahr des aktiven und gesunden Alterns

Die große Lücke zwischen der tatsächlichen Lebenserwartung und den davon gesund verbrachten Lebensjahren ist Anlass für eine Innovationspartnerschaft der Europäischen Kommission, die im Januar 2012 von Dr. Nils Berndt dem EU-Ausschuss vorgestellt wurde. Der stellvertretende Kabinettschef des Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz erläuterte die Zielvorgaben der Innovationspartnerschaft, die nach einem Beschluss der Steuerungsgruppe in drei Kernbereichen wirksam werden (1. Prävention/Screening/Frühdiagnose; 2. Aktive Unterstützung der Menschen in ihrer Häuslichkeit; 3. Pflege und Versorgung). Mit der Bündelung von Best-Practice-Beispielen und der Schaffung eines Marktplatzes für innovative Ideen übernimmt die Europäische Kommission eine koordinierende Funktion im Erfahrungsaustausch.

Die sich anschließende Präsentation des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ zeigte, dass die definierten nationalen Handlungsfelder große Ähnlichkeiten zu den Ansätzen der Innovationspartnerschaft beinhalten. Rudolf Herweck (Vorsitzender der AG 10 *gesundheitsziele.de*) bewies in seinem Referat, den Vorbildcharakter des nationalen Gesundheitszieleprozesses – auch für den europäischen Kontext.

### Europäische Finanzkrise und Weißbuch Rente

Gemeinsam mit dem Ausschuss Alterssicherung konnten in der zweiten Ausschusssitzung des Jahres die Einschätzungen von Markus Sailer (Deutsche Rentenversicherung Bund) zur Reaktion der Europäischen Union auf die Staatsschuldenkrise diskutiert werden. Er erläuterte den „Fahrplan“ des europäischen Semesters, in dem eine Überwachung der Stabilität der Wirtschaftsleistung aller Mitgliedstaaten vorgesehen ist. Markus Sailer bewertete die geplanten Interventionen der EU zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Mitgliedstaaten positiv,

wies allerdings darauf hin, dass die häufig geforderte stärkere Regulierung der Finanzmärkte auch negative Folgen haben könnte: „Hoch regulierte Finanzmärkte können keine Warnsignale mehr geben.“

Dass auch die weitere Entwicklung der Alterssicherungssysteme in Abhängigkeit von der europäischen Staatsschuldenkrise zu betrachten sei, erläuterte Johannes Clemens (Deutsche Bundesbank). Ein Übergang von Kapitaldeckungsverfahren zu Umlageverfahren sei (je nach Szenario) ebenso denkbar, wie eine Kürzung von Bundeszuschüssen zur Sozialversicherung.

Die Analyse, inwieweit das Weißbuch Rente der EU-Kommission neue Impulse für die (betriebliche) Altersversorgung in Deutschland setze, wurde von Dr. Cornelia Schmid (Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V.) vorgenommen: Während die EU-Kommission mit dem Weißbuch das Ziel aufgreife, keine mobilitätshindernden Rentensysteme einzurichten, habe dies aus Sicht betrieblicher Altersversorgung nicht höchste Priorität (Unternehmensbindung).

### Studienreise Wien

Im September 2012 bot sich den Ausschussmitgliedern die Möglichkeit den internationalen Erfahrungsaustausch im Rahmen einer Studienreise nach Wien fortzusetzen. Wichtige Querschnittsthemen der Arbeit der GVG konnten mit österreichischen Expert(inn)en aus dem Bundesgesundheits- und dem Arbeits- und Sozialministerium diskutiert werden. So bot sich den Teilnehmer(inne)n eine umfangreiche Vergleichsmöglichkeit bzgl. der Entwicklung von Gesundheitszielen, des Ausbaus von eHealth-Angeboten und der in beiden Ländern geführten Rentendiskussion.

# Ausschuss Ökonomische Orientierung



„Für den Ausschuss bot sich 2012 unter anderem mit dem Sondergutachten des Sachverständigenrates ein wichtiger Anlass, um sich in gewohnt fundierter und sektorübergreifender Diskussion über Wirtschaftlichkeitspotentiale im deutschen Gesundheitswesen auszutauschen. Die Mitgliedschaft im Ausschuss ermöglichte es den Teilnehmern zudem, sich ganz praktisch den Fragen nach besseren Versorgungsmöglichkeiten zu widmen. Die Exkursion in das Unfallkrankenhaus Berlin hinterließ hier einen besonders bleibenden – weil vorbildhaften – Eindruck.“

Prof. Dr. Eberhard Wille, Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Vorsitzender des Ausschusses Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen der GVG.

## Ökonomische Effekte der Telemedizin

Inwieweit kann Telemedizin bekannte Defizite in der Regelversorgung chronisch kranker Patient(inn)en beseitigen helfen? Im Oktober 2011 informierten sich die Ausschussmitglieder gemeinsam mit dem Ausschuss eHealth/Telematik über ökonomische Effekte telemedizinischer Verfahren. Prof. Dr. Friedrich Köhler (Charité, Universitätsmedizin Berlin) zeigte in diesem Zusammenhang das große Potenzial telemedizinischer Verfahren bei der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten bei Herzinsuffizienz auf. Eine aktuelle Studie der Charité zeigt, dass durch den Einsatz von Telemedizin bis zu 20 % weniger Krankenhauseinweisungen auf Grund dieser „Volkskrankheit“ möglich seien. Jährlich könnten so bis zu 150 Millionen Euro eingespart werden. Daran anknüpfend verwies Rainer Beckers (Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH) darauf, dass allerdings der volkswirtschaftliche Nutzen telemedizinischer Verfahren nicht automatisch einen betriebswirtschaftlichen Vorteil nach sich ziehe. Dazu seien bestimmte Fallzahlen notwendig, die aber derzeit bei Weitem nicht erreicht werden. Eine bessere Kooperation der Anbieter und Leistungserbringer in Form eines Risiko- und Ressourcensharing sei deshalb notwendig. Auch Evert Jan van Lente (AOK-Bundesverband) plädierte in seinem Vortrag für ein Risikosharing, um die bestehende Diskrepanz langfristiger positiver Effekte der Versorgungsprogramme und kurzfristiger Planungshorizonte konkurrierender Krankenkassen zu überbrücken.

## Wettbewerb und Qualität in der Hilfsmittelversorgung

Die Ausgabendynamik und die Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung nahmen die Ausschussmitglieder im Frühjahr 2012 in den Blick. Auf Grund marktunüblicher Vertragsregelungen mit einem Beitrittsrecht Dritter zu geschlossenen Verträgen, mangelndem kritischem Konsumverhalten und Besonderheiten des Festbetragssystems, erfolge die

Preisbildung für Hilfsmittel zwar nicht „am Markt“, wie Carla Grienberger vom GKV-Spitzenverband erläuterte. Allerdings schaffe das Hilfsmittelverzeichnis eine Markttransparenz und entfalte eine steuernde Wirkung.

Auf eine Vorstellung des Weiterbildungsstudiengangs zum Hilfsmittelexperten durch Otto Inhester (Private Universität Witten/Herdecke), folgte eine Darstellung der Steuerung und Qualitätssicherung durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Ahina Georgiou und Heinrich Peter Francks erläuterten den von der DGUV gewählten Weg einer bürokratieminimierenden Ablauforganisation. Die Definition eines klaren Versorgungspfades wirke dabei, zusammen mit einem Bewertungssystem für Leistungserbringer und Kundenbefragungen, eindeutig qualitätssichernd. Die Vorstellung der Hilfsmittelversorgung durch die DGUV im Rahmen der Ausschusssitzung wurde dabei mit dem Wunsch verbunden, sozialversicherungsübergreifend zu Kooperationsvereinbarungen zu kommen.

## Sondergutachten des Sachverständigenrates

Zusammen mit Prof. Dr. Doris Schaeffer stellte Prof. Dr. Eberhard Wille am 6. August 2012 die Ergebnisse des Sondergutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vor. In der auf große Resonanz der Ausschussmitglieder stoßenden Sitzung, präsentierten sie die zentralen Ergebnisse ihrer Untersuchung des Wettbewerbs an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die am Folgetag zusammen mit dem Ausschuss Pflege/Rehabilitation vorgenommene Exkursion in das Unfallkrankenhaus Berlin, illustrierte zudem plastisch die Schilderungen der Vorteile einer verzahnteren Versorgung.

# Ausschuss Pflege | Rehabilitation



„Wie kann eine bedarfsgerechte(re) Rehabilitation dazu beitragen, dass ein Leben mit Behinderung vermieden oder erleichtert und Beschäftigungsunfähigkeit noch besser verhindert werden? Und wie würde sich die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf die Situation Betroffener auswirken? Auch in den Ausschusssitzungen 2012 gelang es die in einer altersgewandelten Gesellschaft immer drängenderen Zukunftsfragen in Ruhe und konstruktiv zu diskutieren.“

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit und Vorsitzender des Ausschusses Pflege und Rehabilitation der GVG.

## Rehabilitation und demografischer Wandel

Die berufliche Rehabilitation steht vor dem Hintergrund des demografischen Wandels vor wachsenden Herausforderungen. An welchen Stellen deshalb auch eine Überprüfung bestehender Strukturen in der Rehabilitationsversorgung notwendig ist, konnten die Ausschussmitglieder Anfang 2012 unter anderem mit dem Unterabteilungsleiter für Prävention, Rehabilitation und Behindertenpolitik im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Richard Fischels diskutieren.

Die von Uwe Egner (Deutsche Rentenversicherung Bund) präsentierten Zahlen veranschaulichten dabei eindrucksvoll, dass sich in den kommenden Jahren die geburtenstarken Jahrgänge dem „rehabilitativen Alter“ nähern. Mit dem Konzept der medizinisch beruflichen Rehabilitation (MBOR) habe die Rentenversicherung deshalb bereits ein gestuftes Modell für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen entwickelt, um die Rückkehr zum Arbeitsplatz zu erleichtern.

Für eine Berücksichtigung einer Demografiekomponente bei der Berechnung des Reha-Budgets, plädierte Dr. Martin Kröger (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände), der die Forderungen der Arbeitgeber an die künftige Finanzierung der Rehabilitationsleistungen vorstellte. Dr. Friedrich Mehrhoff (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) erläuterte in seinem Beitrag die Notwendigkeit eines strukturierten Reha-Managements. So ließen sich Betroffene zielgenauer betreuen und der befürchteten Kostenexplosion vorbeugen. Im Rahmen der Betreuung durch die Unfallversorgung sei bereits heute eine Versorgung „aus einer Hand“ gewährleistet – von der Erstversorgung bis zur umfassenden Rehabilitation.

## Pflegebedürftigkeitsbegriff

„Der medizinisch-technische Fortschritt allein, kann die durch steigende Fallzahlen demenzieller Erkrankungen entstehenden Kosten nicht kompensieren.“ Basierend auf ihren aktuellen Untersuchungen präsentierte Prof. Dr. Gabriele Doblhammer im Mai 2012 ein umfassendes Bild der Pflege- und Demenzentwicklung in Deutschland. Die Expertin des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels prognostizierte, dass selbst im Fall einer nicht weiter ansteigenden Lebenserwartung bis 2030 die Anzahl der Demenzkranken um 500.000 bis 1 Million zunähme. Dabei sei schon jetzt sicher, dass die präferierte Pflegesituation immer schwieriger zu gewährleisten sei: Die Pflege durch Angehörige zu Hause werde durch den langfristigen Bevölkerungsrückgang und den steigenden Arbeitskräftebedarf sehr erschwert.

Inwieweit ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eine notwendige Reaktion auf die steigende Zahl demenziell Erkrankter und deren Betreuungssituation sein könnte, erläuterte Klaus-Dieter Voß dem Ausschuss. Der alternierende Vorsitzende des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verwies dabei auf die Notwendigkeit eine stärkere Berücksichtigung psychischer Erkrankungen zu erreichen. Das Ziel des Pflegebeirates sei, die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen klar zu benennen und einen ersten Bericht bereits bis Ende März 2013 vorzulegen.

## Exkursion in das Unfallkrankenhaus Berlin

Mit der Exkursion in das Unfallkrankenhaus Berlin bot die GVG den Ausschüssen Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen und Pflege/Rehabilitation die Möglichkeit sich in einer berufsgenossenschaftlichen Klinik über die Verzahnungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu informieren.

# Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*



„Mit der Verabschiedung des 7. Nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ hat der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* – und damit unser Ausschuss – in diesem Jahr einen wichtigen Meilenstein erreicht. Zusammen mit mittlerweile über 110 Trägerorganisationen und Kooperationspartnern arbeiten wir auch in Zukunft an der Umsetzung der bestehenden Gesundheitsziele sowie an der Entwicklung neuer gemeinsamer Ziele.“

Dr. Rainer Hess, langjähriger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und Vorsitzender des Ausschusses *gesundheitsziele.de*.

*gesundheitsziele.de* hat im Jahre 2011 seine Arbeit weiter intensivieren können. So ist der Kooperationsverbund durch die Aufnahme neuer Kooperationspartner, wie des „Deutschen Caritasverbands“ oder des „Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen“ der Bayerischen Apothekerkammer, weiter gewachsen. Inzwischen wirken auf der Plattform ca. 110 Organisationen, Behörden, Zusammenschlüsse und wissenschaftliche Einrichtungen mit. Dies ist die Gewähr nicht nur für eine breit angelegte Erörterung der nationalen Gesundheitsziele in ihrer Entstehungsphase, sondern durch die Selbstbindung in der Gemeinsamen Erklärung von 2010 – zu der sich auch die Neumitglieder bekennen – auch für die Umsetzung der gemeinsamen Ziele.

## Arbeitsphase 2013 bis 2015

Ab Januar 2013 beginnt die nächste Arbeits- und Finanzierungsphase des Kooperationsverbundes. Zur Vorbereitung der inhaltlichen Arbeit sowie der entsprechenden Finanzierungsbeschlüsse der Trägerorganisationen von *gesundheitsziele.de* haben Ausschuss und Steuerungskreis ein Papier „Strategie 2013 bis 2015“ beraten. Danach ist es übereinstimmender Wunsch der Beteiligten, dass die Unterstützung bei der Umsetzung der verabschiedeten Ziele, eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit sowie die Evaluation die Arbeitsschwerpunkte für die nächsten drei Jahre bilden. Alle Trägerorganisationen haben eine Weiterfinanzierung von *gesundheitsziele.de* zugesagt. Besonders erfreulich ist, dass die Bundespsychotherapeutenkammer nunmehr auch Trägerorganisation von *gesundheitsziele.de* geworden ist.

## Überarbeitung bestehender Gesundheitsziele

Der Ausschuss war der Auffassung, dass einige der bereits 2003 verabschiedeten Ziele überprüft und ggf. angepasst werden müssen. Er hat die ursprünglich gebildeten Arbeitsgruppen wieder reaktiviert und gebeten, diese Aufgabe zu übernehmen.

### ■ AG „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“

Die AG hat in einer Broschüre qualitätsgesicherte Informationen für Patient(inn)en und Angehörige zusammen getragen. Das Produkt wurde über die Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de* sowie geeignete Partner verteilt. Die Überarbeitung des Aspektes „Lebensqualität erhöhen“ dauert noch an.

### ■ AG „Tabakkonsum reduzieren“

Die AG überarbeitet das Ziel grundlegend unter erstmaliger Berücksichtigung auch quantitativer Parameter. Die Überarbeitung dauert noch an.

### ■ Die AG „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient-(inn)ensouveränität stärken“ hat das 2003 verabschiedete Ziel grundlegend überprüft und kam zu der Einschätzung, dass die Ziele und Teilziele nach wie vor Bestand haben. Im Hinblick auf die (Starter-)Maßnahmen wurden nach einer Sachstands-/Erfolgshebung neue sogenannte prioritäre Maßnahmen erarbeitet.

Nach ausführlicher fachlicher Beratung im Ausschuss wurde das Ziel in seiner überarbeiteten Fassung beschlossen und Anfang 2012 veröffentlicht.

### Verabschiedung des siebten nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“

Die AG 10 unter der Leitung von Herrn Rudolf Herweck hat in dreijähriger intensiver Beratung ein siebtes nationales Gesundheitsziel erarbeitet. In drei Handlungsfeldern werden darin 13 Ziele formuliert und in Teilziele und Maßnahmen-vorschläge heruntergebrochen. Nachdem der Ausschuss die Ausarbeitung Anfang 2012 abgenommen und beschlossen hatte, wurde das Ziel der interessierten Öffentlichkeit am 29. März 2012 von Herrn Bundesgesundheitsminister Bahr sowie dem Ausschussvorsitzenden, Herrn Dr. Hess, vorgestellt. Dabei fügte es sich glücklich, dass Deutschland damit

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, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung.



Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ durch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, Dr. Rainer Hess; Vorsitzender des GVG-Ausschusses *gesundheitsziele.de* und dem Leiter der AG 10 von *gesundheitsziele.de*, Rudolf Herweck.

im Rahmen des von der Europäischen Kommission für 2012 ausgerufenen „Europäischen Jahres des aktiven und gesunden Alters und der Solidarität zwischen den Generationen“ eine Vorreiterrolle einnehmen konnte. Die hohe politische Bedeutung des Themas dokumentiert sich u.a. in einem einstimmigen GMK-Beschluss von Juni 2012, der „Gesund älter werden“ ausdrücklich zur Umsetzung empfiehlt. Die AG 10 hat sich bereit erklärt „Gesund älter werden“ auch weiterhin zu begleiten, um das allgemeine Anliegen der Umsetzung der Gesundheitsziele zu stärken. Neben einer Strategie zur Öffentlichkeitsarbeit wurden anknüpfend an die vereinbarten Startermaßnahmen Vorschläge entwickelt und mögliche Kooperationspartner zusammengebracht.

### Auswahl eines neuen Gesundheitsziels

Ausschuss und Steuerungskreis haben sich darauf verständigt, dass ein neues nationales Gesundheitsziel erarbeitet werden soll. In einem ersten Schritt wurden alle Akteure um Themenvorschläge gebeten, die dann in einem zweiten Schritt priorisiert wurden. Diesen Themen wurde die höchste Bedeutung zuerkannt:

- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Migration und Gesundheit
- Patient(inn)ensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten
- Alkoholkonsum reduzieren
- Gesundheit in der Schwangerschaft

Der Ausschuss hat alle Themen an den Evaluationsbeirat überwiesen, um mittels einer wissenschaftlichen Kriterienanalyse eine Entscheidungsvorbereitung für den Steuerungskreis zu schaffen. Die Auswahl eines neuen zu bearbeitenden Gesundheitsziels wird Anfang 2013 erfolgen.

### Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*



### Arbeit des Evaluationsbeirates

Der Evaluationsbeirat begleitet die Arbeit von *gesundheitsziele.de* mit wissenschaftlicher Expertise. Er bereitet aktuell mit freundlicher Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Evaluationskonzept des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* vor. Ferner wird mit dem Bereich „Setting Kita“ ein Teilbereich des Ziels „Gesund aufwachsen“ evaluiert. Auch für das Ziel „Gesund älter werden“ finden erste Vorbereitungen für ein Evaluationskonzept statt.

# eHealth Conference 2012

## eHealth Conference 2012 am 5. und 6. Juni in Saarbrücken

„Bereits seit 13 Jahren ist die eHealth Conference eine wichtige Plattform für den Austausch zu den Entwicklungen in der Telematik.“ Mit diesen Worten eröffnete der stellvertretende Vorsitzende der GVG, Prof. Dr. Gregor Thüsing die diesjährige eHealth Conference 2012 in Saarbrücken. Dort kamen im Juni rund 50 Vortragende und insgesamt knapp 300 Teilnehmer(innen) der deutschen eHealth-Szene zusammen.

Mit der eHealth Conference in Saarbrücken setzen die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesländer ihre bewährte eHealth-Kongressreihe fort; in diesem Jahr gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, Vorsitzland in der Gesundheitsministerkonferenz 2012.



An der hochrangigen Konferenz nahmen unter anderem der saarländische Gesundheitsminister Andreas Storm, der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Thomas Ilka sowie zahlreiche Vertreter(innen) aus Politik, Gesundheitsorganisationen und Industrie teil. Gäste aus Frankreich und Luxemburg brachten zudem ihre Erkenntnisse in die lebhaften Diskussionen ein. Im Kern ging es darum, die Chancen und Perspektiven des Einsatzes von digitaler Informations- und



Kommunikationstechnik im Gesundheitssystem und im Versorgungsalltag für unsere Gesellschaft deutlich zu machen.

Folgerichtig wurden in den zahlreichen Beiträgen und Diskussionen nutzerorientierte Anwendungen für Ärzte und Ärztinnen und Patient(inn)en in Saarbrücken gefordert. Diese müssten, so die einhellige Meinung aller Expert(inn)en, für Leistungserbringer und Versicherte gleichermaßen Vorteile in Behandlung und Versorgung haben.

In insgesamt sechs Konferenzblöcken wurden u.a. Fragen nach dem Bedarf, den Potentialen und den Hürden von Telemedizin und Telematik gestellt, über neue Webanwendungen und mobile Geräte zur besseren Information und Einbeziehung von Patient(inn)en diskutiert, ein Überblick über die eHealth-Initiativen der Bundesländer gegeben oder praktische Anwendungsbeispiele gezeigt. Unter dem Stichwort „eHealth in Europa – grenzenlos mobil“ stellte ein Vertreter des Universitätsklinikums des Saarlandes das „Traumanetzwerk Saar-(Lor-)Lux-Westpfalz“ als Beispiel gelebter Praxis grenzüberschreitender Versorgung vor.

Abgerundet wurde die eHealth Conference 2012 von der Ausstellung eHealth Village Saarland. An Ständen und Posterwänden wurden neueste Entwicklungen rund um den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik im Gesundheits-



wesen gezeigt, wobei ein regionaler Schwerpunkt auf dem Saarland lag. Anstelle von Firmen- und Produktpräsentationen wurden hier Lösungen und Entwicklungstrends in den Mittelpunkt der Ausstellung gerückt.



Erstmals endete die diesjährige eHealth Conference mit einem konkreten Ergebnis in Form einer Erklärung. Die Kongressteilnehmer verständigten sich am letzten Tag in Reflektion der vielfältigen Beiträge und engagierten Diskussionen der Konferenz auf ein gemeinsames Dokument unter dem Titel „Saarbrücker Erklärung“ (online unter [www.gvg.org](http://www.gvg.org) verfügbar). Das Kongressergebnis ist Sachstandsbeschreibung, Selbstverpflichtung und politische Forderung zugleich.



Folgende sechs Aussagen und Forderungen umfasst die „Saarbrücker Erklärung“:

- Nutzerorientierte Anwendungen für Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten sichern Akzeptanz und breiten Einsatz.
- Die Telematikinfrastruktur muss verbindlich nach dem vorliegenden Zeitplan (Testphase Sommer 2013 – Rollout Sommer 2014) und in festgelegten Schritten realisiert werden.
- eHealth-Anwendungen können die Versorgung verbessern, sollen vermeidbare Kosten reduzieren, Patientinnen und Patienten stärken.
- Die Mitgliedstaaten sollen dafür sorgen, dass die europäische Gesamtstrategie Raum für einzelne nationale und regionale grenzüberschreitende Lösungen lässt.
- Kommunikative Qualität muss als medizinische Kernkompetenz begriffen werden.
- Datenschutz sichert Akzeptanz und ist impliziter Bestandteil des eHealth-Prozesses.



## Internationale Aktivitäten

Sozialpolitische Fragen spielen im europäischen und entwicklungspolitischen Diskurs eine immer wichtigere Rolle. Die im August 2012 veröffentlichte Mitteilung der Kommission zum Sozialschutz in der Entwicklungszusammenarbeit der Europäischen Union ((COM 2012) 446 final) sieht den Sozialschutz im Mittelpunkt des Dialogs über nationale Entwicklungsstrategien, denn er verbessert den Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung und Ernährung, fördert die Teilhabe am Wirtschaftsleben, unterstützt beim Risikomanagement, fördert Einkommensstabilität und verringert Ungleichheiten. „Die EU hat im Bereich des Sozialschutzes reichhaltige Erfahrungen gesammelt und viele Ansätze entwickelt. Aufgrund der Unterschiede zwischen den Sozialschutzsystemen der EU-Mitgliedstaaten in Bezug auf Finanzierung, Deckung, Verwaltung und Leistungsbereitstellung wurden zahlreiche Erfahrungen und Kenntnisse gewonnen, die eine gute Ausgangsbasis für den Kapazitätsaufbau und die politische Beratung der Partnerländer bilden.“

Die GVG ist seit mehr als 20 Jahren international tätig. Sie führt vergleichende Studien in den Bereichen soziale Sicherung und Arbeitsmarkt durch und unterstützt Ministerien, Behörden oder Sozialversicherungsträger anderer Länder bei der Reform und Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialsysteme. Die GVG implementiert erfolgreich unterschiedliche Projektformen (technische Zusammenarbeit, Twinning, Expertennetzwerke, Studien) und arbeitet eng mit ihren Mitgliedsorganisationen und weiteren Institutionen zusammen.

Europa bildet weiterhin den regionalen Schwerpunkt der Arbeit der GVG. 2012 wurden zwei europäische Studien erfolgreich abgeschlossen. Eine untersuchte die sozialen Auswirkungen der Migration auf die Entsendeländer, eine weitere nationale Politiken zur Vermeidung von Berufskrankheiten. Auch das Expertennetzwerk asisp, das regelmäßig europaweit über aktuelle Entwicklungen im Bereich Alterssicherung, Gesundheit und Langzeitpflege berichtet, wurde 2012 weitergeführt.

**Twinning-Projekte** werden von der EU finanziert und fördern Partnerschaften zwischen Behörden aus den EU-Mitgliedstaaten und öffentlichen Verwaltungen in Beitrittskandidatenländern. Ziel von Twinning-Projekten ist der Aufbau von öffentlichen Strukturen im Einklang mit europäischer Verwaltungspraxis. Derzeitige Zielregionen von Twinning sind der West-Balkan und die Türkei. Auch in den Ländern der Europäischen Nachbarschaftsinitiative (Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Moldawien, Ukraine) sowie in Nordafrika werden Twinning-Projekte durchgeführt.

**Technische Zusammenarbeit** im Bereich der Sozial- und Beschäftigungspolitik unterstützt Reformen in den Projektländern (Strategieentwicklung, Gesetzgebung und Umsetzung). Diese Projekte, in der Regel von nationalen und internationalen Geldgebern finanziert, werden von einem Team von Expert(inn)en 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 ist auch jenseits der europäischen Grenzen aktiv. Im Berichtsjahr ist ein neues Projekt in Kirgistan hinzugekommen, wo die GVG das Gesundheitsministerium zur Reform der Krankenhausfinanzierung berät. In China führt die GVG seit 2012 ein großes 4-jähriges Projekt im Bereich Arbeitsschutz durch. Ein weiteres neues Projekt, das sich derzeit in Vorbereitung befindet, wird gemeinsam mit französischen und schwedischen Partnern und der Bundesagentur für Arbeit im Bereich Arbeitsverwaltung in Marokko durchgeführt. Damit ist die GVG neben Tunesien nun auch in einem zweiten nordafrikanischen Land tätig.

Durch die Projekte hat die GVG ein gut funktionierendes Netzwerk von Expert(inn)en aufgebaut und beobachtet kontinuierlich europäische Entwicklungen. Angesichts der zum Teil dramatischen Umwälzungen in den sozialen Sicherungssystemen, die aufgrund der Finanz-, Wirtschafts- und Staatsschuldenkrise erfolgt sind und der immer deutlicher werdenden Wechselwirkungen zwischen Wirtschafts- und Sozialpolitik ist

**Studien und Expertennetzwerke** implementiert die GVG in enger Kooperation mit Wissenschaftler(inne)n und Forschungsinstituten aus anderen europäischen Ländern. Häufig haben diese Studien eine international vergleichende Perspektive. Detaillierte, nach einer einheitlichen Methodologie erstellte Länderberichte werden von der GVG in Syntheseberichten zusammengefasst. Bei Expertennetzwerken verläuft die Kooperation über einen längeren Zeitraum mit dem Ziel einer regelmäßigen Berichterstattung zu Fragen der Arbeits- und Sozialpolitik aus verschiedenen Ländern.

ein solcher Blick über die Grenzen immer unabdingbarer, um aktuelle wirtschaftliche und soziale Entwicklungen zu verstehen und zu bewerten.

Das praktische Verwaltungswissen, das die GVG durch die enge Anbindung an ihre Mitgliedsinstitutionen hat, wird von den Projektpartnern hoch geschätzt. Dieses große Interesse an praktischen und konkreten Erfahrungen im Bereich der sozialen Sicherung und der Beschäftigungspolitik zeigt sich auch in dem Bemühen der Europäischen Kommission, die Träger der sozialen Sicherung noch stärker in die internationale Zusammenarbeit einzubinden, so z.B. durch eine Social Protection Expert Facility, die es zukünftig Partnerländern der EU ermöglichen soll, kurzfristige Anfragen zur Unterstützung und zum Informationsaustausch mit EU-Mitgliedstaaten zu stellen, um soziale Sicherungssysteme auf- und auszubauen.

Die verschiedenen Projektschienen greifen ineinander und bereichern sich gegenseitig. Umfangreiches Verwaltungswissen und die direkte Zusammenarbeit mit Ministerien und Sozialverwaltung in den einzelnen Projektländern sowie aktuelle Informationen aus europaweiten Studien und Expertennetzwerken sind einzelne Bestandteile für 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 international vergleichende Studien, Beratungs- und Kooperationsprojekte 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. Gesundheitssysteme, die ihren Auftrag effektiv und effizient erfüllen sollen, müssen an die kulturellen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen eines Landes angepasst sein 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), dem Aufbau und der Reform von Institutionen (z.B. Aufbau eines Public Health Instituts), bis zur Qualifizierung des Personals (z.B. Aufbau eines Studiengangs für Gesundheitsfinanzierung und -management) sowie der Entwicklung sektoraler Politiken (wie der Krankenhausfinanzierung). Ein mit diesem Thema befasstes Projekt ist das im April 2012 mit einer 12-monatigen Laufzeit begonnene Gesundheitsprojekt in Kirgistan.

### **Mongolei – Third Health Sector Development Project**

Seit August 2009 unterstützt die GVG die mongolische Regierung, finanziert durch die Asian Development Bank (ADB), im Rahmen des „Third Health Sector Development Project“ bei ihren laufenden und weitreichenden Reformbemühungen im Gesundheitssektor (Ende: voraussichtlich August 2013). Das GVG-Expertenteam berät das mongolische Gesundheitsministerium sowie nachgeordnete Behörden und Institutionen unter anderem bei der Reform der primären Gesundheitsversorgung und der Krankenhausstruktur im ländlichen Raum, der medizinischen Fort- und Weiterbildung, der Neuausrichtung der Gesundheitsfinanzierung sowie der Regulierung des privaten Gesundheitssektors.

Bis zum Sommer 2012 wurden bereits zentrale Meilensteine des Projekts erreicht. So wurde ein weitreichender Reformplan für die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen im ländlichen Raum entworfen. Die besonderen Herausforderungen für das Projekt sind neben den veralteten Strukturen im Gesundheitssektor die geografische Weitläufigkeit und speziell die mangelnde Inanspruchnahme der Einrichtungen und deren Personal im primären Gesundheitssektor. Diese Probleme verursachen hohe Kosten für das Gesundheitssystem; ihnen könnte u.a. mit regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen begegnet werden. Entlang der Empfehlungen und basierend auf einem Implementationsplan des GVG-Berater-teams werden aktuell Reformen von der mongolischen Regierung umgesetzt um eine qualitativ hochwertige und finanzierbare Gesundheitsversorgung insbesondere für die ländliche Bevölkerung der Mongolei, aber auch für die immer weiter wachsende Hauptstadt Ulan Bator für die Zukunft sicherzustellen. Aktivitäten der dritten Komponente des Projektes (u.a. Einrichtung eines Studiengangs sowie eines Anreizsystems für die Wahrnehmung von Weiterbildungsangeboten) wurden bereits 2011 erfolgreich abgeschlossen.

Des Weiteren hat das Projektteam die Reformbemühungen um die Neuausrichtung der Gesundheitsfinanzierung begleitet und unterstützt, welche in den Gesetzgebungsverfahren zur Einführung eines „Single-Purchaser-Modells“ ihren vorläufigen Höhepunkt finden. Die Bemühungen um eine Stärkung der Qualität der Primärversorgung in der Mongolei sind ebenfalls zu weiten Teilen abgeschlossen und umfassten unter anderem die Erarbeitung von Konzepten zur Etablierung der „Family Group Practices“ (FGP) als zentrale Anlaufstellen für die Primärversorgung der Bevölkerung, sowie umfangreiche Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in den FGPs.



Soum Health Centre in der Mongolei: ländliche Gesundheitseinrichtung (2012)

### Interview mit Dr. Michael Wilke, stellvertretender Teamleiter in Kirgistan



*Was sind die zentralen Ziele des Projekts?*

In Kirgistan existiert ein sehr einfaches Fallpauschalensystem (DRG), mit dem die Krankenhausvergütung heute erfolgt. Dieses System soll einer Überprüfung durch internationale Experten unterzogen werden. Ziel ist es hier Empfehlungen zur Weiterentwicklung oder zum Umstieg auf ein neues System zu geben. Derzeit sind wir vom Gesundheitsministerium in Kirgistan beauftragt, mehrere internationale Systeme in Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit in Kirgistan zu überprüfen. Zur Verbesserung der Patientensteuerung werden die vorhandenen Möglichkeiten zu Diagnostik und Therapie in 5 Bezirken der nördlichen Landeshälfte systematisch erhoben. Gleichzeitig werden Operationen und Prozeduren klassifiziert, so dass erkennbar wird, welche Versorgungsstufe (ambulant, einfaches Krankenhaus, Bezirkskrankenhaus oder „National Hospital“) für die Erbringung der Leistung erforderlich ist. In einem Vergleich „wo wurden die Fälle behandelt“ und „wo hätte man sie behandeln können“ wird bestimmt, wie viele Patienten „fehlgesteuert“ sind. Bei unseren Empfehlungen ist es uns besonders wichtig, dass wir Vorschläge entwickeln, die mit der Versorgungsrealität in Einklang zu bringen sind.

*Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den kirgisischen Projektpartnern charakterisieren?*

Wir haben mit den lokalen Experten ein hervorragendes Team aus erfahrenen Gesundheitsökonomen, Ärzten und IT-Fachleuten, die durch ihre Erfahrungen im dortigen Gesundheitssystem eine tragende Stütze unseres Projekts sind. Die Ansprechpartner im Minis-

terium und im Krankenversicherungsfonds sind sehr aufgeschlossen. Allerdings muss man sagen, dass die spürbare politische Unsicherheit und die Komplexität der Thematik durchaus konstante Herausforderungen darstellen.

*Welches sind die Herausforderungen vor denen das Gesundheitssystem in Kirgistan steht?*

Das Gesundheitssystem in Kirgistan hat sich in den letzten 20 Jahren positiv entwickelt. Dennoch gibt es große Herausforderungen im Bereich der Systemfinanzierung. So steht heute für moderne Technologien und Modernisierung der Krankenhäuser nur sehr wenig Geld zur Verfügung und das Land ist deshalb auf Unterstützung aus dem Ausland angewiesen. Krankenhausvergütung und Patientensteuerung erfordern ebenfalls Reformen. In unserem Projekt werden wir machbare Vorschläge erarbeiten, dennoch wird es Aufgabe der kirgisischen Regierung sein, bestimmte lang gehegte Praktiken (z.B. die „direkte Bezahlung“ an Ärzte) umzusteuern, da sie einer versorgungsgerechten Patientensteuerung entgegenstehen.

*Sehen Sie die deutsche Expertise in einer besonderen Rolle in Bezug auf technische Zusammenarbeit im Bereich der Krankenhausfinanzierung (G-DRG)?*

Die Umstellung der Krankenhausvergütung von tagesgleichen Pflegesätzen in ein modernes Patientenklassifikationssystem in Deutschland begann 2003 und wird jährlich angepasst. Unsere Experten sind klinisch tätige Ärzte, und auch seit Anbeginn der Umstellung aktiv im DRG-Bereich tätig. Das heute in Deutschland im Einsatz befindliche DRG-System gehört sicher zu den ausgereiftesten und flexibelsten Krankenhausabrechnungssystemen. Nicht umsonst wird das G-DRG-System in mehrere Länder Europas und Asiens „exportiert“. Gerade im DRG-Bereich erscheint daher die Mitwirkung deutscher Fachleute besonders wichtig.

## Fachteam Arbeitsschutz | Unfallversicherung

Im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit liegt der Schwerpunkt im Arbeitsschutz auf der Modernisierung nationaler Systeme insbesondere hinsichtlich der Prävention von Unfällen und Berufskrankheiten. Die GVG arbeitet hier u.a. eng mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) als Dachorganisation der Berufsgenossenschaften (BGen) und Unfallkassen, den Gewerbeaufsichtsämtern der Bundesländer sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zusammen. Auch in der EU nimmt der Arbeitsschutz im Rahmen der Wachstumsstrategie 2020 eine wichtige Rolle ein.

### China-Projekt im Arbeitsschutz

Seit April 2012 führt die GVG bis zum Jahr 2016 ein EU-Projekt in China durch, nachdem sich das von der GVG geführte Konsortium bei einer offenen EU-Ausschreibung gegen starke internationale Konkurrenz durchgesetzt hatte.

Ziel des Projekts ist es, durch Beratung der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung (State Administration for Workplace Safety, SAWS), die einschlägigen Gesetze und deren Umsetzung auf EU-Standard zu bringen. China hat hier wie in anderen Bereichen der Sozialpolitik großen Reformbedarf, und die chinesische Führung hat die Bedeutung der sozialen Sicherheit sowohl für den sozialen Frieden als auch im Sinne einer globalen Wettbewerbsfähigkeit erfasst.

Das Ziel einer nationalen Sicherheitskultur besonders im Arbeitsleben ist anspruchsvoll und bedarf langfristiger Anstrengungen. Die GVG trägt hierzu im Rahmen des Projekts mit einer Kommunikationsstrategie einschließlich Arbeitsschutz-Portal, umfassenden Kampagnen sowie vor allem einer großen Schulungskomponente in den Schwerpunktsektoren (Kohle-) Bergbau und Chemische Industrie bei. Besonders interessant ist der Ansatz, die Trainer bestehender Trainingsinstitutionen intensiv fortzubilden, die ihre neuen Kenntnisse dann breitflächig weitergeben sollen. Die Trainings werden nicht nur in China durchgeführt, sondern regelmäßig werden die Delegationen in Deutschland und anderen EU-Ländern an intensiven Schulungen teilnehmen.

Nach dem Projektstart im April 2012 hat das Expertenteam unter Leitung von Paul Huijzendveld, ehemaliger Leiter der niederländischen Gewerbeaufsicht und bereits mehrfach Projektleiter für die GVG, eine Analyse des chinesischen Arbeitsschutzsystems vorgenommen und bereits einen guten Arbeitskontakt zu den chinesischen Partnern aufgebaut. In enger Abstimmung mit der chinesischen Arbeitsschutzverwaltung SAWS hat das Team eine Aktivitäten- und Einsatzplanung ausgearbeitet, Einsätze von Kurzeitexpert(inn)en starteten im Spätsommer.

Am 20. September 2012 fand als ein erster Höhepunkt die hochrangig besetzte offizielle Projekteröffnung statt. Die EU wurde von dem Generalsekretär der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration, Koos Richelle, repräsentiert, was illustriert, welche große Bedeutung dieses Projekt für die EU hat. Auch unsere beiden wichtigsten deutschen Partner in diesem Projekt, die DGUV und die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie waren vor Ort vertreten.



Harmonisches Bild zur Projekteröffnung: Koos Richelle und EU-Kollegin mit Vertretern der chinesischen Regierung

Das Projekt verläuft derzeit in einer sehr guten Arbeitsatmosphäre. Die Projektpartner arbeiten trotz der bestehenden institutionellen und kulturellen Unterschiede eng und vertrauensvoll zusammen und beide Seiten sind offen dafür, voneinander zu lernen, um miteinander erfolgreich zu sein.

### **Twinning-Projekt in Aserbaidshan**

**Das Twinning-Projekt zur Unterstützung des staatlichen Arbeitsinspektorates in der Republik Aserbaidshan (SLIS) und zur Förderung der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz wird gemeinsam mit dem Hessischen Sozialministerium und Projektleiter Dr. Bernhard Brückner durchgeführt. Die GVG koordiniert das Projekt in enger Zusammenarbeit mit dem Projektbüro in Baku, geleitet von Prof. Dr. Karl Kuhn**



Dr. Bernhard Brückner, Hessisches Sozialministerium und Prof. Dr. Karl Kuhn, Ständiger Twinning-Berater in der Republik Aserbaidshan (v.l.)

*Dr. Brückner, Prof. Kuhn, was ist das Ziel dieses Projektes?*

B: Das Projekt verfolgt das Ziel, die Arbeitsinspektion in der Republik Aserbaidshan mit modernen Instrumenten und Methoden europäischer Arbeitsschutzbehörden bekannt zu machen.

K: Das SLIS hat Anfang 2011 begonnen, sich vollkommen neu zu strukturieren und die Grundlagen für einen modernen Arbeitsschutz zu legen. Wichtige Voraussetzungen für diesen Neuanfang wurden zum Teil im Rahmen unseres Projektes geschaffen. Das Projekt hakte sich passgenau in die verschiedenen Bereiche ein, die neu gestaltet werden, wie z.B. die nationale Arbeitsschutzpolitik, die Überwachung und Bewertung von Risiken und die Ausbildung und Qualifizierung der Inspektoren.

*Prof. Kuhn, zahlreiche deutsche Expert(inn)en waren in Baku. Könnten Sie beschreiben, wie diese Zusammenarbeit funktioniert?*

Viele kommen aus den Gewerbeaufsichten der Länder sowie aus verschiedenen Institutionen des Unfallversicherungssystems. Sie wurden vorher fachlich zu ihrem Einsatz instruiert, aber auch über die rechtlichen Rahmenbedingungen in Aserbaidshan sowie über die kulturellen Unterschiede, die zu berücksichtigen sind. Ich bin überzeugt, dass die Beteiligten aus beiden Ländern von dem Austausch profitieren, unter anderem von der Möglichkeit, über Herausforderungen im Bereich des Arbeitsschutzes losgelöst vom nationalen Kontext zu reflektieren.

*Dr. Brückner, eine Delegation aus Aserbaidshan war im Rahmen des Projektes für zwei Wochen in Polen und Deutschland. Können Sie uns kurz berichten?*

Arbeitsinspektoren und Sozialpartner hatten die Möglichkeit, sich bei Betriebsbesichtigungen und Gesprächen mit deutschen und polnischen Arbeitsinspektoren, Arbeitgebern und betrieblichen Arbeitsschutzexperten über das Arbeitsschutzsystem zu informieren. Auch Fragen der Wirtschaftlichkeit von Arbeitsschutz waren ein Thema, die in den besuchten Unternehmen mit dem Slogan „good health is good business“ positiv gesehen werden.

*Das Projekt läuft seit 18 Monaten. Was sind die wichtigsten Entwicklungen in dieser Zeit?*

B: Die wichtigsten Entwicklungen, die das Projekt angestoßen hat, sind die neue strategische Aufstellung der Arbeitsinspektion sowie die Konstituierung eines Arbeitsschutzrats mit Repräsentanten der Sozialpartner sowie der Arbeitsinspektion. Mit diesen Maßnahmen wird Arbeitsschutz aus dem reinen Behördenumfeld heraus ein Stück mehr in die Gesellschaft geholt. Diese Maßnahmen gilt es weiter zu stärken.

## Fachteam Arbeitsmarkt

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 Beschäftigungspolitiken und deren Ausrichtung an den beschäftigungspolitischen Leitlinien der EU. Diese zielen insbesondere auf die Erhöhung von Beschäftigungsraten von Frauen, Jugendlichen und Älteren sowie auf die Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen. 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 Bildungs- und Sozialpolitik und die Einbeziehung der Sozialpartner in der Gestaltung von Beschäftigungspolitik auf nationaler und lokaler Ebene bilden einen wichtigen Bestandteil der Projekte.

### EU-gefördertes Twinning-Projekt zur Unterstützung der Arbeitsverwaltung in Marokko

Die GVG hat im Sommer 2012 den Zuschlag für ein Twinning-Projekt zur institutionellen Unterstützung der marokkanischen Arbeitsverwaltung (ANAPEC) bei der Umsetzung der Arbeitsmarktpolitik erhalten. Das Projekt wird in Partnerschaft mit der französischen und der schwedischen Arbeitsagentur umgesetzt. Somit wird die GVG zum ersten Mal ein Projekt in Marokko durchführen und erweitert somit ihre Aktivitäten in der Maghreb-Region, welche im Jahr 2011 mit zwei Projekten in Tunesien begonnen hatten. Der Start des 18-monatigen Projektes wird für Dezember 2012 erwartet. Ziele sind ein verbessertes Management der lokalen Arbeitsagenturen und effizientere Dienstleistungen für Arbeitssuchende und Arbeitgeber. Zudem soll eine umfassende Kommunikationsstrategie für die ANAPEC und ihre regionalen und lokalen Agenturen erarbeitet werden.

**Die Bundesagentur für Arbeit führt in Zusammenarbeit mit der GVG seit vielen Jahren EU-finanzierte Projekte im Bereich Arbeitsmarkt und Reform der Arbeitsverwaltungen in aktuellen und zukünftigen EU-Beitrittsländern durch, so etwa ein Twinning-Projekt mit der kroatischen Arbeitsverwaltung, das 2011 erfolgreich abgeschlossen wurde. Herr van der Cammen, Leiter Internationale Beziehungen der Bundesagentur für Arbeit (BA), erläutert in dem folgenden Interview die Herausforderungen und Motivation der internationalen Zusammenarbeit der BA.**



*Herr van der Cammen, in welchen Bereichen haben die Arbeitsverwaltungen dieser Länder den dringendsten Reformbedarf?*

Egal, ob auf dem Balkan, in der Türkei, in Asien oder Südafrika, man begegnet überall einer ähnlichen Situation: Die Arbeitsverwaltungen bestehen schon seit Jahrzehnten, und es haben dort eigentlich nie substantielle Reformen stattgefunden. Das heißt, die Abläufe sind häufig verkrustet und es gibt keine systematische Personalentwicklung, so wie wir sie bei der BA eingeführt haben, mit Tätigkeits- und Kompetenzprofilen und Möglichkeiten für eine interne Fortentwicklung. Auch gibt es unter den Arbeitsagenturen in diesen Ländern häufig keine Transparenz. Die Arbeitsagenturen haben keine Möglichkeiten sich untereinander zu vergleichen, d.h. es gibt keinen Austausch darüber, warum bestimmte Ziele erreicht oder eben nicht erreicht wurden. Controlling-Daten sind in der Regel nicht vorhanden. Letzteres ist auch der Grund dafür, dass eine vernünftige Planung und Allokation von personellen wie finanziellen Ressourcen nicht stattfindet oder aber zumindest nicht auf verlässlichen Daten beruht.

*Die Bundesagentur für Arbeit ist die größte Arbeitsverwaltung in der EU, und das Interesse aus dem Ausland an den Instrumenten und Verfahren in der BA wächst stetig, nicht zuletzt aufgrund der guten Arbeitsmarktlage in Deutschland. Neben Ihrem Engagement in drittmittelfinanzierten Projekten gibt es ja auch viele bilaterale Kontakte mit ausländischen Arbeitsverwaltungen. In welchen Bereichen wird die Erfahrung der BA in besonderem Maße nachgefragt?*

Die gute Situation auf dem Arbeitsmarkt ist natürlich nicht nur der Leistungsfähigkeit der BA geschuldet, sondern auch der wirtschaftlichen Lage. Auch der funktionierende soziale Dialog zwischen Politik, Verwaltung, Arbeitgebern und Gewerkschaften hat sich in der Krise bewährt. Im Bereich der Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit stößt das duale Ausbildungssystem verstärkt auf internationales Interesse. Hinzu kommt, dass die BA in den vergangenen Jahren enorme Anstrengungen unternommen hat, um sich zu modernisieren, kundenfreundlicher zu werden und die Beratung und Vermittlung effizienter zu gestalten. Und viele Delegationen, die uns in den letzten Jahren besucht haben, wollen wissen, wie die BA diesen Wechsel geschafft hat, von einer verwaltenden Organisation zu einem modernen Dienstleister am Arbeitsmarkt. Auch bei den Arbeitsinstrumenten der BA ist das internationale Interesse groß, so wie z.B. das „Vier-Phasen-Modell der Integrationsarbeit (4 PM)“, das die BA für eine passgenaue Vermittlung und Beratung der Arbeitssuchenden entwickelt hat. Oder der Arbeitsmarktmonitor, ein internet-basiertes Instrument, mithilfe dessen die Entwicklung und Dynamik der regionalen Arbeitsmärkte transparenter gemacht und Beschäftigungschancen und -risiken nach Branchen und struktureller Verfasstheit der jeweiligen Region eingeschätzt werden können.

*Welchen Nutzen zieht die BA selbst aus ihrer Zusammenarbeit in Unterstützungsprojekten?*

Das Engagement in drittmittelfinanzierten Projekten ist für uns eine gute Möglichkeit, über die bilaterale Zusammenarbeit hinaus zusätzliche Unterstützung zu leisten, und zwar kostenneutral. Aber auch für unsere Mitarbeiter bringt diese Zusammenarbeit durchaus Vorteile mit sich. Wenn sie für eine Woche oder länger als Experte in den Ländern eingesetzt werden, verbessert sich in der Regel ihre interkulturelle Kompetenz und ihre Beratungskompetenz und sie können diese neu erworbenen Fähigkeiten auch in ihrem eigenen Arbeitskontext, z.B. im Kundenkontakt verwerten.

*Die internationale Abteilung der BA engagiert sich ebenfalls in verschiedenen Netzwerken, unter anderem in dem europäischen Netzwerk der Heads of Public Employment Services (HoPES) und dem Weltverband der Arbeitsverwaltungen (World Association of Public Employment Services / WAPES). Welche Themen werden hier aktuell vorrangig bewegt?*

In den Netzwerken stehen wir mit anderen Arbeitsverwaltungen und Institutionen in Verbindung, um voneinander zu lernen. Wir tauschen uns im Rahmen des sog. Mutual Learning Programme zu verschiedenen Themen aus, wie z.B. „Arbeitgeberservice“ und „Integration Älterer in den Arbeitsmarkt“. Bei diesen sog. Peer Reviews werden neue innovative Instrumente verschiedener Arbeitsverwaltungen vorgestellt. In den Niederlanden wurde z.B. eine sogenannte Argumentenkarte eingeführt, die den Arbeitsberatern eine Vielzahl von Argumenten an die Hand gibt, um Arbeitgeber von der Einstellung eines Arbeitssuchenden, der über 50 Jahre alt ist, zu überzeugen. Neben diesen Peer Reviews gibt es mehrere Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themen, so z.B. zur Weiterentwicklung des EURES-Netzes oder zu E-Governance.

## Fachteam Soziale Eingliederung

Soziale Eingliederung – oder auch soziale Inklusion – ist gerade auf europäischer Ebene in den letzten Jahren zu einem wichtigen Themenfeld geworden. In der „Europa 2020“ Strategie findet sich das Thema als eines von 5 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 vor dem Hintergrund europäischer Politik bearbeitet. Ein zentrales Thema ist die Behindertenpolitik samt Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen in Schule und Arbeitsmarkt. Darüber hinaus werden Projekte in den Bereichen Gleichstellung von Frau und Mann, 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. Die Armutsvermeidung sowie das Ziel, allen Menschen eine Teilhabe am sozialen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen, bilden die Klammer für die verschiedenen Einzelthemen.

### Ergebnisse der Studie zu Migration in Mittel- und Osteuropa

Seit Ende 2010 war die GVG von der Generaldirektion Beschäftigung, Soziale Angelegenheiten und Integration der Europäischen Kommission mit der Durchführung der Studie „Soziale Auswirkungen von Auswanderung und Landflucht in Mittel- und Osteuropa“ betraut. Im Fokus der Analyse stand die Frage, wie sich Migration auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes und des Humankapitals sowie auf Armut und soziale Ausgliederung in den Herkunftsländern auswirkt. Die Studie umfasst dabei die Länder, die 2004 und 2007 der EU beigetreten sind (mit Ausnahme von Malta und Zypern), die Länder

des Westbalkans und der Östlichen Partnerschaft. Die Ergebnisse der Studie liegen nun vor und werden auf der Webseite der Europäischen Kommission veröffentlicht (<http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?pager.offset=0&langId=fr&mode=advancedSubmit&policyArea=0&subCategory=0&year=0&country=0&type=0&advSearchKey=EmigrationMigrationCentralEasternEurope&orderBy=docOrder>). Auf einige ausgewählte Ergebnisse wird im Folgenden kurz eingegangen:

Insbesondere in den EU-Mitgliedstaaten haben die freie Mobilität von Personen und die Arbeitnehmerfreizügigkeit zu einem beträchtlichen Anstieg der innergemeinschaftlichen Mobilität beigetragen. Allerdings ist die Migration in diesen Ländern oftmals auf kurze Zeiträume befristet. Sonderfälle bilden die Länder, in denen es aufgrund von Kriegen zu erzwungener Migration kam wie in den Nachfolgestaaten Jugoslawiens und der Kaukasusregion. In den letzten Jahren hat aber auch dort die Arbeitsmigration entweder in die EU oder nach Russland an Bedeutung gewonnen. Aufgrund der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise sind die Migrationsbewegungen leicht zurückgegangen. Bei den Rückkehrern ist jedoch kein wesentlicher Anstieg zu verzeichnen, da viele Herkunftsländer ebenfalls von der Krise hart getroffen wurden. Aufgrund fehlender Arbeitsmigrationsabkommen ist der Anteil irregulärer Migration insbesondere in den Ländern der Östlichen Partnerschaft sehr hoch.

Unter den Migrant(inn)en sind Personen im erwerbsfähigen Alter mit höherer Schulbildung am stärksten vertreten. Dabei ist in den letzten Jahren eine wachsende Migration von gut ausgebildeten Frauen zu beobachten. Interessant ist, dass es gerade in den östlicheren Ländern unterschiedliche Wanderungsbewegungen nach Geschlecht und Bildungsgrad gibt. Während mehrheitlich höher gebildete Frauen in die westeuropäischen Länder auswandern, ist die Einwanderung nach Russland klar durch Männer mit niedriger und mittlerer Bildung dominiert. Diese Entwicklung erklärt sich durch die Nachfrage in den Empfängerländern.

Die Situation der Arbeitsmigrant(inn)en in den Empfängerländern ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie kaum eine ihren Qualifikationen entsprechende Beschäftigung finden. Aber auch nach ihrer Rückkehr können sie ihre im Ausland erworbenen Kenntnisse nur selten einsetzen. Um hier die Entwicklungschancen zu verbessern und gleichzeitig ungenutztes Potential auszuschöpfen, sind weitere Anstrengungen bei der bisher unzureichenden internationalen Anerkennung von formalen und informellen Qualifikationen notwendig. Im Interesse aller gilt es auch das Informationsangebot hinsichtlich Beschäftigungsmöglichkeiten, Qualifikationsanforderungen und der Lebens- und Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland zu verbessern. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, die EURES-Aktivitäten auszubauen und entsprechende Leistungen im Hinblick auf Rekrutierung, Information und Beratung effektiver zu gestalten. Für Staaten, die nicht Mitglied der EU sind, wird empfohlen, befristete arbeitsmarktpolitische Abkommen auszubauen.

Die in der Studie untersuchten Herkunftsländer unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich der Anzahl hochqualifizierter Fachkräfte, die in ein anderes Land migrieren. Aufgrund der Arbeitnehmerfreizügigkeit in den EU-Mitgliedsländern und der dort zunehmenden temporären Migration ist das Problem des Brain drain dort weniger ausgeprägt. Hingegen sind die Länder des westlichen Balkans und der Östlichen Partnerschaft weitaus stärker betroffen. So wird geschätzt, dass Albanien seit Anfang der 90er Jahre 50 Prozent des Personals aus dem Hochschul- und Forschungsbereich an das Ausland verloren hat. Darüber hinaus tendieren diese Migrant(inn)en dazu dauerhaft auszuwandern oder zumindest weniger häufig zu zirkulieren.

Das Phänomen ‚Care Drain‘ beschreibt Betreuungsengpässe, die entstehen, wenn etwa Mütter aus Ländern wie der Ukraine oder Moldawien auswandern, um die ‚Versorgungslücke‘ in EU-Ländern zu schließen und die Betreuung ihrer Familienmitglieder anderen überlassen müssen. Schätzungen zufolge gibt es heute alleine in der EU etwa 500.000 Kinder, die von einem

### Mobilität von Gesundheitspersonal

Die negativen Effekte der Abwanderung von Fachkräften zeigen sich besonders deutlich im Gesundheitssektor. Die Abwanderung von Gesundheitspersonal ist vergleichsweise hoch und stellt für viele Länder ein Problem dar. Betroffen sind hier insbesondere einige EU-Mitgliedsländer (Baltikum, Polen, Rumänien) sowie die Länder des westlichen Balkans. Die Länderberichte weisen darauf hin, dass die Mobilität in den Gesundheitsberufen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des nationalen Gesundheitssystems hat, wobei hauptsächlich bestimmte spezialisierte Gesundheitsberufe und Regionen betroffen sind.

Um Probleme zu vermeiden und einen Ausgleich zwischen den Interessen der Entsende- und Empfängerländer zu schaffen, könnten bilaterale Abkommen geschlossen werden, mit dem Ziel einer ausgeglichenen Rekrutierung bestimmter medizinischer Fachkräfte, die mit Ausgleichsmaßnahmen für die Entsendeländer einhergehen. Möglich sind etwa Personalaustauschprogramme, die Übernahme von Kosten für die Ausbildung zusätzlichen Personals oder die Anwerbung für einen festgelegten Zeitraum kombiniert mit Fortbildungsmaßnahmen vor der Rückkehr in das Herkunftsland.

oder beiden Elternteilen zurückgelassen wurden. Gleichzeitig ist in manchen Regionen mit hoher Abwanderung der Anteil der älteren Bevölkerung spürbar angestiegen. Durch solche Abwanderungsbewegungen entstehen Betreuungslücken, die in vielen Fällen weder von Familienangehörigen noch durch das ohnehin unzureichende Angebot an informellen Pflegenetzwerken und formalen Pflegediensten auf kommunaler Ebene aufgefangen werden können.

Entwicklungen und Debatten im Bereich der sozialen Sicherung wurden in den letzten Jahren in bedeutendem Maße von der Finanz- und Wirtschaftskrise beeinflusst. In diesem Zusammenhang rückten soziale Sicherungssysteme zunächst häufiger als Kostenfaktor in den Fokus der Betrachtungen. Mit der fortdauernden Krise wurde jedoch deutlicher, dass soziale Sicherungssysteme eine wichtige Rolle als automatischer Stabilisator gegen Armut und Ausgrenzung spielen und ein Faktor für inklusives Wachstum sein können. Das dies nicht nur für die EU-Länder gilt, sondern auch für andere Weltregionen, davon zeugen verschiedene Initiativen, deren Ansatz darin besteht, die Abdeckung der Bevölkerung durch nationale Sicherungssysteme zu erweitern und einen verstärkten Beitrag für ausreichenden Sozialschutz als Garant für Wachstum und Entwicklung zu leisten.

Die Entwicklungen der sozialen Sicherung in Zeiten der Krise in der EU bzw. in EU-Kandidatenländern bildeten einen Schwerpunkt der Arbeit der GVG im Rahmen des asisp Netzwerkes. Es ist davon auszugehen, dass der Ausbau der Sozialschutzsysteme in Ländern außerhalb der unmittelbaren Nachbarschaft der EU in den nächsten Jahren eine zunehmend bedeutende Rolle in der Arbeit des GVG-Fachteams einnehmen wird. Dabei sind die langjährigen und vielfältigen Erfahrungen, die die GVG im Hinblick auf übergreifende und grundsätzliche Gestaltungsfragen der sozialen Sicherung in den vergangenen 2 Jahrzehnten gemacht hat, ausgesprochen nützlich. Dazu gehören insbesondere Aspekte des public-private-mix, der Gesetzgebung, Finanzierung, Leistungsausgestaltung, der Verwaltungsmodernisierung und der Entwicklung von Informationssystemen.

### **asisp – Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms**

Seit Juni 2008 koordiniert die GVG im Auftrag der Europäischen Kommission das Expertennetzwerk asisp. Wissenschaftler(innen) aus den EU-Mitgliedstaaten sowie den EEA/EFTA und EU-Kandidatenländern (insgesamt 34 Länder) analysieren aktuelle Entwicklungen im Bereich der Alterssiche-

rung, Gesundheit und Langzeitpflege. Die Arbeiten des Netzwerkes stehen für einen wissenschaftlichen, unabhängigen und analytischen Blick auf sozialpolitische Entwicklungen in Europa. Neben der Erarbeitung regelmäßiger Jahresberichte, die einen umfassenden Überblick über die jeweiligen Systeme, neueste Änderungen und aktuelle politische Debatten bieten, beantwortet das Netzwerk auch kurzfristige Anfragen der Kommission zu spezifischen Themen. Einmal pro Jahr treffen sich alle Netzwerkmitglieder mit der Europäischen Kommission in Brüssel, um sich intensiv über die Entwicklung sozialer Sicherungssysteme in Europa auszutauschen.

Die Arbeit des Netzwerkes in den vergangenen 4 Jahren wurde ganz wesentlich durch die Finanz-, Wirtschafts- und Staatsschuldenkrise und deren Rückwirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme geprägt. Bereits auf dem ersten Netzwerktreffen im Frühjahr 2009 wurden die Auswirkungen der Krise auf die soziale Situation in den Mitgliedstaaten in den Fokus genommen. Die ersten unmittelbaren Konsequenzen in vielen Ländern waren zunächst drastisch zurückgehende Staatseinnahmen aufgrund von stark steigender Arbeitslosigkeit sowie erhebliche Verluste bei den Anlagen kapitalgedeckter Rentensysteme, so z.B. in den Niederlanden, Großbritannien oder Irland. Während die sozialpolitischen Antworten zu Beginn der Krise in den Ländern noch sehr unterschiedlich waren und von umfassenden Konjunkturprogrammen bis zu strengen Sparmaßnahmen reichten, rückten 2010 – 2011 Maßnahmen zur Ausgabenreduktion und der Konsolidierung immer stärker in den Mittelpunkt. Dies zeigte sich insbesondere im Bereich der Alterssicherung, wo in den vergangenen 2 Jahren eine Vielzahl von Ländern die Altersgrenzen anhoben und häufig auch eine automatische Verknüpfung der Altersgrenze an die steigende Lebenserwartung erfolgte. Auch im Gesundheitsbereich hat es aufgrund der Krise in vielen Ländern Ausgabenkürzungen gegeben, die zum Teil auch zu einer Verschlechterung der Versorgungslage geführt haben bzw. die Ungleichheiten im Zugang zum Gesundheitssystem verstärkt haben. Im Hinblick auf die soziale Absicherung der Langzeitpflege sind die Absichten vieler

Länder, Systeme zur Absicherung dieses Risiko auf- bzw. auszubauen aufgrund der Krise und der Notwendigkeit, öffentliche Haushalte zu konsolidieren, zum Erliegen gekommen. Insgesamt lässt sich beobachten, dass durch die Krise soziale Sicherungssysteme in Europa konvergieren und der Einfluss der EU auf Sozialreformen in den Mitgliedstaaten stärker geworden ist.

Mit der Verabschiedung der Strategie Europa 2020 im Jahr 2011 wurde ein Schwerpunkt der sozialpolitischen Initiativen aus Brüssel auf die Bekämpfung der Armut gelegt. Das asisp Netzwerk hat regelmäßig in den Jahresberichten und auch in ad-hoc Berichten für die Kommission den Beitrag sozialer Sicherungssysteme zur Vermeidung und Bekämpfung von Armut analysiert. Eines der jüngsten Beispiele waren länderspezifische Analysen für den Bericht der Europäischen Kommission über die Angemessenheit der Altersrenten.

Das zentrale Thema der asisp Jahreskonferenz 2012 war die Frage, wie soziale Sicherungssysteme trotz der vorhandenen Sparzwänge wachstumsfreundlich modernisiert werden können. Zu Gast war der frühere belgische Arbeitsminister Vandembroucke, der ein eindringliches Plädoyer für eine vorausschauende und pro-aktive Sozialpolitik hielt. Dies sei angesichts gesellschaftlicher Veränderungen und der Alterungsprozesse in Europa wichtiger denn je. „Die sozialen Entwicklungen in Europa in den vergangenen Jahren sind eher enttäuschend und ein Rückgang der Armutsquoten konnte in den meisten EU-Mitgliedstaaten nicht erreicht werden. Europa benötigt einen sozialen Investitionspakt.“ Zu einem wichtigen Bereich dieser sozialen Investitionen gehören Politiken, die ein aktives Altern fördern. Dieses Thema wurde auf dem Netzwerktreffen in verschiedenen Workshops diskutiert, so z.B. Fragen wie die Alterssicherungssysteme zu aktivem Altern beitragen können, welche Maßnahmen ein gesundes und selbständiges Leben im Alter ermöglichen und wie eine aktive Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben durch soziale Sicherungssysteme unterstützt werden kann.



asisp Jahreskonferenz 2012

Mit dem asisp Netzwerk ist in den vergangenen 4 Jahren eine einzigartige Informationsquelle über aktuelle Entwicklungen der sozialen Sicherungssysteme in Europa aufgebaut worden. Die asisp Berichte erlauben nicht nur einen regelmäßigen Blick auf Neuerungen in anderen Ländern und einen europäischen Vergleich von Politikentwicklungen, sondern sie zeugen auch von einer Vielfalt von Forschungs- und Analysemethoden im Bereich der sozialen Sicherung. Alle Jahresberichte sind auf der Projektwebseite [www.socialprotection.eu](http://www.socialprotection.eu) auch der Öffentlichkeit zugänglich.

## Übersicht Internationale Projekte

Fachteam	Land	Titel	Geldgeber	Projekttyp
Arbeitsmarkt	Marokko	Development of an Institutional Twinning to the benefit of the National Agency for the Promotion of Employment and Skills (ANAPEC)	EU	Twinning
Arbeitsmarkt	Türkei	Promoting Gender Equality in Working Life	EU	Twinning
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Azerbaidjan	Support to the State Labour Inspectorate Service (SLIS) in Occupational Health and Safety (OHS) enhancement in the Republic of Azerbaijan	EU	Twinning
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	Azerbaidjan	Enhancing the capacity of the State Labor Inspectorate	Weltbank	Technische Zusammenarbeit
Arbeitsschutz / Unfallversicherung	China	Technical Assistance for the EU-China Project on Occupational Health & Safety in High-Risk Sectors	EU	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	Kirgistan	Comprehensive Sector-Wide Approach "Health Care II" Third Health Sector Development Project	KfW	Technische Zusammenarbeit
Gesundheit	Mongolei	Third Health Sector Development Project	ADB	Technische Zusammenarbeit
Gesundheit	Serbien	Development of Palliative Care Services in the Republic of Serbia	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	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

## 14. Euroforum

Unter dem Titel „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ lud die GVG zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit am 11. Oktober 2012 die interessierte inländische und internationale Fachöffentlichkeit zum 14. GVG-Euroforum nach Potsdam. Auch wenn das Thema „Europäische Finanzkrise“ in aller Munde ist und die aktuelle Berichterstattung durchaus facettenreich über die Zukunft spekuliert, bleiben doch einige, durchaus bedeutende Aspekte – wie die Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme – erstaunlich unreflektiert. Hier hat die Konferenz einen Beitrag zu einer wissenschaftlich fundierten Analyse sowie einer politischen Einordnung geleistet.



Ausgehend von der Tatsache, dass z.B. Griechenland und Portugal als Voraussetzung für Mittelzuweisungen aus dem europäischen Rettungsprogramm einschneidende Reformmaßnahmen – auch in Politikfeldern, die nach den europäischen Verträgen im ausschließlichen Hoheitsbereich der Mitgliedsländer angesiedelt sind – hinnehmen müssen, stellte sich die Frage, welche Konsequenzen dies angesichts der allgemeinen Brüsseler Harmonisierungsbestrebungen möglicherweise auf andere Länder hat. Gibt es ein „Ansteckungsrisiko“ auch im Hinblick auf die Gestaltungsfreiheit der sozialen Sicherungssysteme?

Nach einem eindrucksvollen Einblick in die aktuelle Situation in Griechenland und Portugal durch Herrn Dr. Dimitrios Kremalis und Herrn Prof. Dr. Fernando Lopes Ribeiro Mendes sowie einen Blick auf die Arbeit der „EU-Task-Force Gesundheitspolitik in Griechenland“ durch Herrn Udo Scholten, beleuchtete Michael Schönstein die Konsequenzen für die „Empfängerländer“ aus der Sicht der OECD. Herr Dr. Bernd Schulte zog den rechtlichen Rahmen um die Auswirkungen der Finanz- und Eurokrise auf die Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten und Prof. Dr. Wolfram Lamping analysierte unter den Stichworten Solidarität und Subsidiarität die Frage nach dem Erhalt der Gestaltungsfreiheit in der nationalen Gesundheitspolitik.

Rund 100 Teilnehmer(innen) aus dem In- und Ausland erlebten abschließend eine lebhaft diskutierte Diskussion, in der die Hauptargumente der Referent(inn)en noch einmal aufgegriffen und eingeordnet wurden. Dabei bestand Einigkeit zwischen den Diskutant(inn)en, dass einer schleichenden Aushöhlung der nationalen Gestaltungskompetenz für die soziale Sicherheit im Gefolge möglicher Änderungen der europäischen Finanzpolitik eine entschiedene Absage zu erteilen ist.

## GVG Schriftenreihe

Im Rahmen der Schriftenreihe wurde mit dem Band 70 unter dem Titel „Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich“ die systematische Untersuchung zur Verfügbarkeit von Pflegefachkräften in alternden Gesellschaften um die internationale Perspektive ergänzt. Die Dokumentation des 13. Euroforums zeigt deutlich, dass sowohl auf der Betrachtungsebene der OECD als auch in den konkret beleuchteten Beispielen Österreichs und der Niederlande die Problemlagen ähnlich sind.

## Die Geschäftsstelle der GVG

### Die GVG als Ausbildungsbetrieb

Seit mehreren Jahren bietet die GVG jungen, engagierten Menschen die Möglichkeit eine Ausbildung zur Bürokauffrau/zum Bürokaufmann zu machen. 2012 hat bereits die siebte Auszubildende ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen; eine neue Auszubildende konnte ihre duale Ausbildung in der Geschäftsstelle neu beginnen.

Die GVG vermittelt ihren Auszubildenden neben den nach der Ausbildungsordnung vorgesehenen Qualifikationen im Sekretariatsbereich, der Buchhaltung und in der Kostenstellenrechnung weitere wichtige Fertigkeiten. In einem wöchentlichen Azubitreffen mit ihrer Ausbilderin erlernen sie u.a. Präsentationen zu aktuellen Fragen vorzubereiten und selbst zu halten. IT-Schulungen sowie regelmäßiger Englischunterricht durch einen qualifizierten Englischlehrer stehen ebenso auf dem Programm wie eine Einführung in das Sozialversicherungssystem. Die organisatorische Begleitung der Eigenveranstaltungen der GVG ist das Tüpfelchen auf dem „Ausbildungs i“.

### Die GVG als moderner Arbeitgeber

Motivierte und dynamische Mitarbeiter(innen) sind das wichtigste Kapital jeden Unternehmens. Jung und Alt, akademisches

und Assistenzpersonal, Sekretariatskräfte und studentische Unterstützung, Familienväter und Mütter ebenso wie Singles – sie alle mit ihren unterschiedlichen Aufgaben und Bedürfnissen – zu einem funktionierenden Team zu verbinden, ist die Voraussetzung für einen reibungslosen Betriebsablauf.

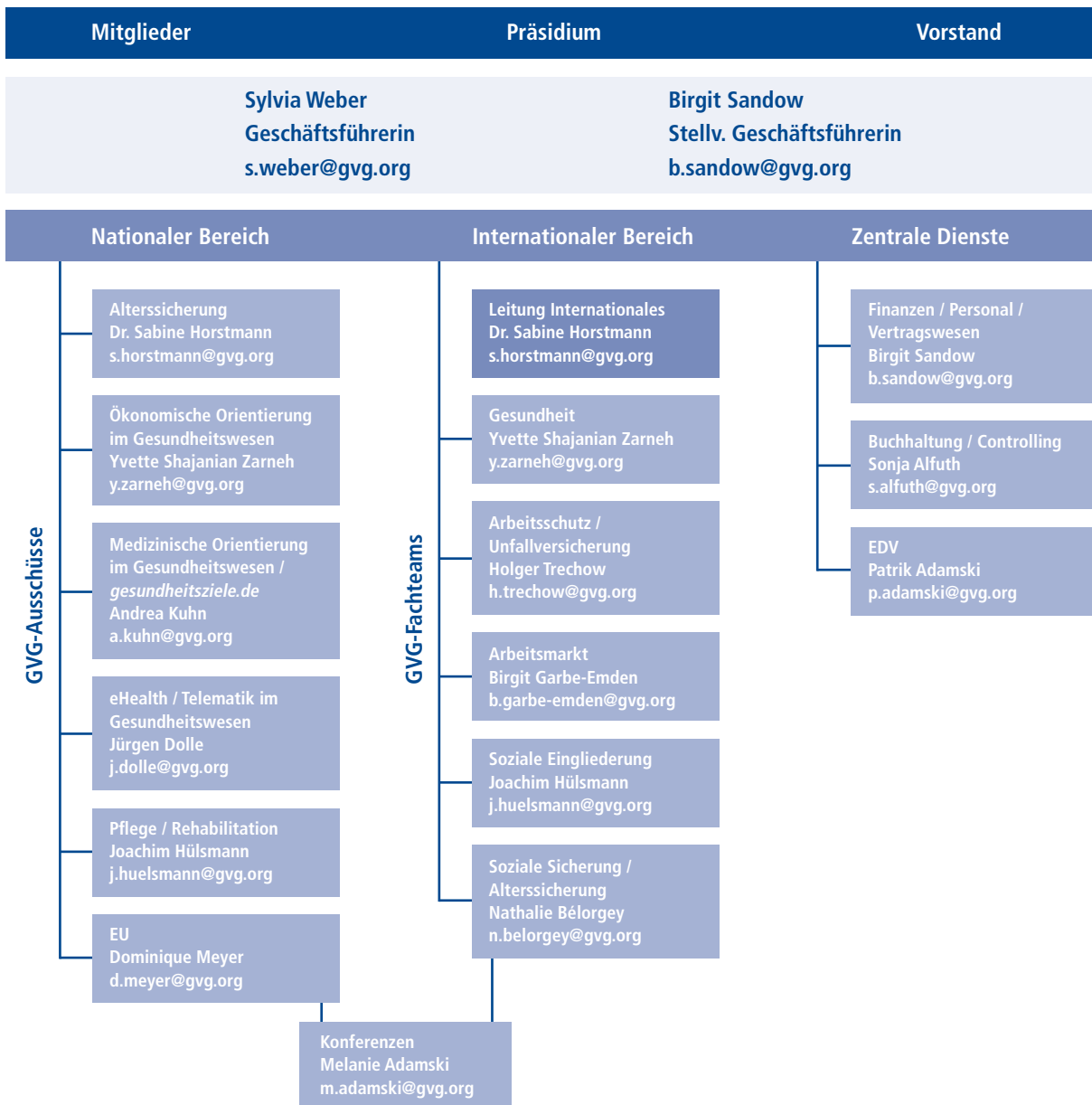
Als moderner Arbeitgeber ermöglicht die GVG ihren Mitarbeiter(inne)n zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein hohes Maß an Flexibilität in der Gestaltung des Arbeitsalltages. Deshalb verfügt die GVG über ein hochmotiviertes, generationenübergreifendes Team.

### Die GVG und ihr Teamgeist

Unter dem Motto „Miteinander – Füreinander“ fand im Mai 2012 der diesjährige – mittlerweile fünfte – Kölner Firmenlauf statt. 10 GVGLer(innen) – in den GVG-Farben – feuerten sich gegenseitig an, als sie bei über 30 Grad Celsius zusammen mit rund 4.400 Teilnehmer(inne)n auf die ca. 6 km lange Strecke rund um den Fühlinger See gingen. Alle haben das Ziel erreicht! Die von den auch über diesen Anlass hinaus Laufbegeisterten errungene Urkunde kündigt seitdem am schwarzen Brett der Geschäftsstelle von dem Erfolg.



# 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 2012 – 2014)

### **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

### **Ulrike Elsner**

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

### **Regina Feldmann**

Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

### **Dr. Herbert Rische**

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

### **Prof. Dr. Gregor Thüsing**

Universität Bonn  
(stellv. Vorsitzender der GVG)

## Präsidium der GVG (Wahlperiode 2012 – 2014)

### **Georg Baum**

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., 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

### **Prof. Dr. Ingwer Ebsen**

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

### **Ulrike Elsner**

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

### **Regina Feldmann**

Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

### **Jürgen Graalman**

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

**Silke Lautenschläger**

Vorstandsmitglied der Deutschen Kranken-  
versicherung AG, Köln

**Dr. Volker Leienbach**

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

**Dr. Doris Pfeiffer**

Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes,  
Berlin

**Dr. Axel Reimann**

Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund,  
Berlin

**Dr. Herbert Rische**

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

**Prof. Dr. Winfried Schmähl**

Niebüll  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**Dr. Peter Schwark**

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

**Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer**

Münster  
(als Vertreter der Wissenschaft)

**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 Versorgungskammer - Bayerische Ärzteversorgung, München  
Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, 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 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), Berlin  
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 Ring Krankenversicherungsverein aG, Hamburg  
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., Köln  
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 classic, Dresden  
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  
Pensions-Sicherungs-Verein, Köln  
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 GmbH, Wiesbaden  
ULA-Deutscher Führungskräfteverband, Berlin  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Berlin  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin  
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln  
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin  
ver.di Bundesverwaltung, Berlin  
Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband, Köln  
Zahnärztekammer Hamburg, Hamburg  
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Kiel  
ZAT Deutschland e.V., Bad Nauheim  
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., Köln  
Hess, Rainer, Dr., Rösrath  
Heubeck, Klaus, Prof. Dr., Köln  
Hinne, Reinhard, Dr., Grünwald  
Jung, Michael, Dipl.-Kfm., Köln  
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  
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, Rinteln  
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  
Wallrabenstein, Astrid, Prof. Dr., Frankfurt/Main  
Wasem, Jürgen, Prof. Dr., Troisdorf  
Weber, Axel, Dr., Bernkastel  
Weinhold, Ernst-Eberhard, Prof. Dr., Nordholz  
Wiedemann, Maria, Gräfeling  
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](mailto:info@gvg.org)  
[www.gvg.org](http://www.gvg.org)

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