

GVG

DIE GVG – 70 JAHRE KONSENS FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT

Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus

Die GVG – 70 Jahre Konsens für die soziale Sicherheit
Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus

Berlin: GVG 2017

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2017 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)
Reinhardstraße 34, 10117 Berlin

Gestaltung
NORDSONNE IDENTITY, Berlin

Druck
Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG

Printed in Germany
ISBN 978-3-939260-12-7

DIE GVG – 70 JAHRE KONSENS FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT



Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.)

INHALT

VORWORTE

Dr. Joachim Breuer und Dr. Sven-Frederik Balders GVG: Bewährtes erhalten – Kontinuität sichern – Zukunft gestalten	13
Dr. Herbert Rische GVG: 70 Jahre Konsensplattform für Sozialpolitik – Zweck und Ziel einer traditionsreichen sozialpolitischen Gesellschaft im digitalen globalen Zeitalter	23

GRUSSWORTE

Hermann Gröhe	33
Andrea Nahles	37
Prof. Dr. Eva Quante-Brandt	41
Prof. Dr. Rainer Schlegel	45

DAS GESUNDHEITS- UND SOZIALSYSTEM IN DER GVG BEITRÄGE DER MITGLIEDER

Georg Baum „Meine GVG“	51
Dr. Günther E. Buchholz Die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland – Wichtiger Bestandteil der sozialen Sicherung	55

Ulrike Elsner Ein wichtiger Impulsgeber im Gesundheitssystem	59
Alexander Gunkel Soziale Sicherheit aktiv gestalten	63
Peter Hartmann „Meine GVG“ – Konsens und Gegensatz im Wandel	67
Jürgen Hohnl Erfolgreich um Konsens ringen	73
Dr. Volker Leienbach „Meine GVG“	77
Martin Litsch „Meine GVG“	81
Dr. Doris Pfeiffer „Meine GVG“	85
Gundula Roßbach Die GVG als Koordinationsplattform der wesentlichen Akteure des deutschen Alterssicherungssystems	91
Dr. Peter Schwark Alterssicherung gemeinsam zukunftsfähig gestalten!	95
Gerhard Sehnert Ein Verbundträger kann in besonderem Maße von der GVG profitieren	103

Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer	
„Meine GVG“	109
Professor Dr. Gregor Thüsing	
70 Jahre GVG – 60 Jahre Römische Verträge: Das Recht der sozialen Sicherung kann eine tragenden Säule der Europäischen Union sein	115
Prof. Dr. Jürgen Wasem	
Dem Post-Faktizismus keine Chance	123
Roland Weber	
Eigenverantwortung fördern, Sozialstaat fit halten – auch für die Zukunftsaufgaben bleibt die GVG unerlässlicher Impulsgeber	127
Eva Maria Welskop-Deffaa	
Soziale Lebenslaufpolitik: Selbstbestimmte Teilhabe braucht strukturelle Absicherung	135
Prof. Dr. Eberhard Wille	
Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen	139
GVG-PROJEKTE	
Tobias Backhaus	
gesundheitsziele.de – Voraussetzung für ein zielorientiertes Handeln in der Gesundheitsversorgung und Prävention	147
Jürgen Dolle	
eHealth – Vom elektronischen Rezept zum digitalisierten Gesundheitssystem	165

Holger Trechow

Die GVG in der Internationalen Zusammenarbeit –
Eine Erfolgsgeschichte

199

Laura Knöpffler, Maria-Lucia Nikoloudi und David Voges

Europa, Gesundheit und Pflege, Alterssicherung, Arbeitsmarkt –
GVG-Dauerthemen

237

ANHANG

Autorinnen und Autoren

267

Die GVG-Schriftenreihe

271

Die GVG-Vorsitzenden

281

VORWORTE



GVG: BEWÄHRTES ERHALTEN – KONTINUITÄT SICHERN – ZUKUNFT GESTALTEN

Dr. Joachim Breuer, Vorsitzender des Vorstandes, Gesellschaft
für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

Dr. Sven-Frederik Balders, Geschäftsführer, Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) wurde am 9. Mai 1947 in einer Zeit gegründet, die geprägt war von den Folgen des Zweiten Weltkrieges.¹ Selbstverwaltet, dezentral und eigenverantwortlich schlossen sich hier Institutionen und Persönlichkeiten zusammen, die das System der sozialen Sicherung in Deutschland aktiv gestalten wollten. Von Beginn an arbeiteten hier also „Privatversicherung und Sozialversicherung“ zusammen.²

Nahezu alle relevanten Institutionen im Bereich der sozialen Sicherheit sind heute in der GVG organisiert. Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der Alterssicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sowie Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und weiterer gesellschaftlich relevanter Institutionen.

„Zweck des Vereins ist die wissenschaftliche und gestaltende Arbeit auf dem Gebiet der Sozialversicherung und der Privatversicherung, insbeson-

1 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Strunk, Stefan: Pluralismus, Demokratie und Soziale Sicherung – für eine freiheitliche Sozialpolitik in Deutschland und Europa. Bonn: Vollmer 1997 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 30].

2 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg): Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1947. 1. Jahrgang, Nr. 1, p. 7.

dere des Gesundheitswesens, der Finanzgebarung, Verwaltung, Schulung des Nachwuchses.“

So ist es in der ersten Satzung der GVG vom 9. Mai 1947 zu lesen. Fast 70 Jahre später, am 8. Dezember 2016, beschloss die Mitgliederversammlung einen Passus, der diese Grundaussrichtung aufnimmt, für die Perspektive weiterentwickelt und künftig Orientierung sein wird bei den vielfältigen Aktivitäten der GVG: *„Zweck des Vereins (Gesellschaft) ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung (§ 52 Abs. 2 Nr. 1 AO) auf den Gebieten der Sozialversicherung und Privatversicherung des In- und Auslandes. Sie befasst sich ferner mit angrenzenden Gebieten (soziale Sicherung, Sozialrecht, Arbeitsrecht, Versicherungsrecht, Arbeitsförderung, Arbeitsschutz, Gesundheits- und Fürsorgewesen usw.). Die Gesellschaft erstrebt die Nutzbarmachung der Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit zum allgemeinen öffentlichen Wohl.“*

GVG national – Gestern und Heute

Vor diesem Hintergrund führte die GVG in den 70 Jahren ihres Bestehens und führt bis heute in ihren Ausschüssen, Veranstaltungen und Publikationen bisweilen kontroverse, aber immer um Konsens bemühte sozialpolitische Debatten. Immer war und ist Ziel aller Bestrebungen der GVG, ein freiheitliches, pluralistisches System sozialer Sicherung zu gewährleisten. Allen Bürgerinnen und Bürgern sollte und soll so weitreichender und qualitativ hochwertiger Schutz bei Eintreten zentraler Lebensrisiken geboten werden.

Schon im Gründungsjahr 1947 fanden am 16. September und 17. Oktober in Bielefeld und Rothenburg zwei GVG-Tagungen³ statt, die sich im Kern mit der Zukunft der Sozialversicherung befassten und in der

3 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg): Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1947. 1. Jahrgang, Nr. 4, pp. 105-131.

sogenannten „Bielefelder EntschlieÙung zur Reform der Sozialversicherung“ mündeten. Hier heißt es unter anderem: *„Im Bewusstsein seiner eigenen Verantwortung ist das Deutsche Volk bereit, zur gegebenen Zeit alle Maßnahmen zu treffen, die klassische Sozialversicherung an die Bedürfnisse und Notwendigkeiten anzupassen [...]. In der Einheitsversicherung sieht das Deutsche Volk jedoch eine Versicherungsform, die seiner Eigenart und seinen Bedürfnissen widerspricht.“*⁴

Auch die „Patientenidentifikation“ ist bereits 1948 Thema. In einem Artikel, der im Vereinsmagazin publiziert wurde, ist zu lesen: *„Für jedes Mitglied einer sozialen Krankenkasse sowie für jeden familienversicherten Angehörigen wird ein als ‚Krankenkassenpaß‘ zu bezeichnender Ausweis ausgestellt, der dem Arzt bei jeder Inanspruchnahme vorgelegt werden muß.“*⁵

Unter anderem auch diese bereits früh formulierten Themen – die „Zukunft der Sozialversicherung“ und der „Krankenkassenpaß“ – bieten auch heute noch „Stoff“ für Diskussionen, denen sich die GVG stellt.

In Publikationen und Veranstaltungen wurden und werden Kernfragen der Sozialversicherung thematisiert. So war die Anhebung der Altersgrenzen in der gesetzlichen Rentenversicherung⁶ in den GVG-Gremien ebenso Thema wie Nutzen und Kosten des medizinisch-technischen Fortschrittes⁷ oder die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung⁸, die

4 Ebenda, a.a.O., p. 118.

5 Oeter, Ferdinand: Revolutionäre Gedanken zur Neuordnung der Krankenversicherung. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1948. 2. Jahrgang, Nr. 7, p. 198.

6 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Diskussionspapier zur geplanten Anhebung der Altersgrenzen. Informationsdienst 316. Köln November 2006.

7 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Der medizinisch-technische Fortschritt zwischen Gesundheitschancen und Kosteneffekten. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 61].

8 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Stellungnahme der GVG. Informationsdienst 295. Köln November 2003.

Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Alterssicherung⁹ und die Ausgestaltung des Flexicurity-Konzepts¹⁰ (erhöhte Flexibilität am Arbeitsmarkt, verknüpft mit entsprechender sozialer Absicherung, in ausgewählten EU-Ländern). Mit ihrem als Band 60 ihrer Schriftenreihe publizierten und viel beachteten Buch „Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung – Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven“¹¹ hat die GVG im Jahr 2008 ein Thema aufgegriffen, das bis heute von elementarer Bedeutung für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem ist.

Auch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) – die IT-gestützte Weiterentwicklung des „Krankenkassenpasses“ – und die dafür notwendige Infrastruktur wurden und werden in den GVG-Gremien intensiv diskutiert. Für mehr als 15 Jahre arbeitete die GVG im Themenfeld eHealth. Die Trägerorganisationen der GVG haben in dieser Zeit gemeinsam grundlegende Strategiepapiere erarbeitet und zahlreiche Publikationen erstellt. Mit ihren eHealth-Kongressen setzte die GVG Meilensteine des intensiven Austauschs mit Wissenschaft, Politik und Wirtschaft und präsentierte das Themenfeld so zugleich einer breiten Öffentlichkeit.

Mit ihrem übergreifenden Projekt *gesundheitsziele.de* erarbeitet die GVG seit dem Jahr 2000 Qualitäts- und Zieldimensionen im Gesundheitswesen. Dafür hat sie einen Steuerungs- und Koordinierungsprozess als Grundlage für eine zielorientierte Gesundheitspolitik und umfassende Gesundheitsprävention etabliert. Gesundheitsziele bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen, fördern Transparenz und ermöglichen tragfähigere und nachhaltigere Lösungen, die unser Ge-

9 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Alterssicherung. Informationsdienst 328. Köln September 2009.

10 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Flexicurity – eine Herausforderung für die sozialen Sicherungssysteme. Informationsdienst 323. Köln Januar 2008.

11 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 60].

sundheitswesen zwingend benötigt. Der von der GVG initiierte Zielprozess leistet so einen Beitrag zur Versorgungsqualität und zur Optimierung des wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen. Mittlerweile – dieser Erfolg ist nicht hoch genug einzuschätzen – liegen neun konsenterte Gesundheitsziele vor.

GVG international – Blick in die Welt

Integraler Bestandteil der GVG-Aktivitäten von Beginn an war der sogenannte „Blick in die Welt“¹². Sowohl mit grundsätzlichen Themen wie „Tuberkulose in Europa“, Amerikanische Versicherungssorgen“, „Die Sozialversicherung in der Sowjetunion“¹³ als auch spezifischen Fragestellungen wie der „Reform der Sozialen Sicherung in Italien“¹⁴.beschäftigte sich die GVG bereits Ende der 1940er Jahre.

Nach dem Fall der Mauer, also seit dem Ende der 1980er Jahre bis zum Jahr 2016 arbeitete die GVG mit zahlreichen Ländern im Rahmen konkreter sozialpolitischer Projekte zusammen. Im Auftrag der Bundesregierung, der Europäischen Union und anderer Träger hat die GVG im Zuge der Osterweiterung der EU die künftigen Mitgliedstaaten beim Umbau ihrer Sozialsysteme begleitet. In den letzten Jahren engagierte sich die GVG auch vermehrt in Asien sowie vereinzelt in Afrika und Lateinamerika. Die Themenbereiche unserer sozialpolitischen Zusammenarbeit umfassten auch international das gesamte weitere Spektrum der sozialen Sicherung: Alterssicherung, Gesundheit, Arbeitsschutz und Unfallversicherung, Arbeitsmarkt, Sozialer Dialog, Freizügigkeit

12 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg):
Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1949. 3. Jahrgang, pp. 73-74.

13 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg):
Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1947. 1. Jahrgang, Nr. 1, p. 18, 19, 63.

14 Galamani, Giulio: Reform der Sozialen Sicherung in Italien. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg): Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1949. 3. Jahrgang, pp. 228-233.

von Personen, Sozialhilfe und soziale Eingliederung, Inklusion, Gleichstellung und Antidiskriminierung.

Fazit: 70 Jahre Konsensplattform für Sozialpolitik

Seit nunmehr 70 Jahren ist die GVG ihrer Gründungsphilosophie – breite Konsensbildung – verpflichtet. Ihre Mitgliederstruktur bildet den Pluralismus des Gesundheits- und Sozialsystems spiegelbildlich ab und ihre Verankerung im gesamten deutschen Sozialsystem ist ihr Alleinstellungsmerkmal. So konnte die GVG für ihre Mitglieder tatsächlich zur Konsensplattform für Sozialpolitik in Deutschland werden. Fundierte Analysen gepaart mit einem ausgeprägten strukturellen Wissen und dem dazu unerlässlichen Mitglieder-Netzwerk sind ihr Markenkern. Umlagefinanzierte gesetzliche Pflichtsysteme haben in diesem Kontext ebenso ihren Stellenwert wie kapitalgedeckte betriebliche Formen der Vorsorge und private Versicherungslösungen. Die Grundorientierungen „Solidarität“, „Subsidiarität“ und „Pluralismus“ sind dabei in unserer Arbeit Basis und Leitlinie gleichermaßen. Sie stehen unverrückbar und sich ergänzend nebeneinander.

Auch für Akteure im Ausland ist die GVG der einzige Ansprechpartner, der alle wesentlichen Institutionen der sozialen Sicherheit in Deutschland zusammenführt. Über direkte Kontakte und die Verflechtungen ihrer Mitglieder bietet die GVG eine Gewähr, über europäische und internationale Entwicklungen frühzeitig informiert zu sein, den direkten Dialog zu finden und nationale Positionen in die supranationalen Prozesse einfließen zu lassen.

Mit dem vorliegenden Band 77 „Die GVG – 70 Jahre Konsens für die soziale Sicherheit, Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus“ publizieren wir in unserer Schriftenreihe einen Band, der wesentliche Projekte, Inhalte und Erfolge der GVG während der letzten Jahrzehnte beleuchtet, deren Relevanz und Bedeutung in den sozialpolitischen Kontext

einbindet und gleichzeitig auf die neuen, vor uns liegenden Herausforderungen blickt.

**Ausblick: „Wir können den Wind nicht ändern,
aber wir können die Segel richtig setzen.“ (Aristoteles)**

Aufgrund ihrer Struktur und Ausrichtung bleibt es auch künftig Kernaufgabe und -anliegen der GVG, diskursive Prozesse zu begleiten und in Veranstaltungen und Publikationen transparent zu gestalten, weiterhin für Nachhaltigkeit, Akzeptanz und Vertrauen nach allen Seiten einzutreten. Mit ihrer Tradition und Erfahrung bringt sie Moderations- und Koordinierungskompetenz in ihre Arbeit ein und leistet so *avant la lettre* unabdingbare Konsensarbeit in unserem heterogenen, differenzierten, selbstverwalteten System der sozialen Sicherung. Oder, um es mit den Worten von Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, zu sagen: „Wäre die GVG nicht bereits seit 70 Jahren ein fester Bestandteil der bundesdeutschen Sozialpolitik – man müsste sie schleunigst ins Leben rufen.“

Die GVG wird also den eingeschlagenen Weg konsequent weitergehen und ihn zugleich weiterentwickeln. Gerade der Umzug nach Berlin bietet die Chance, sich noch stärker und verbindlicher in die zahlreichen sozialpolitischen Debatten einzubringen. Dies scheint notwendiger denn je, stehen unsere Sozialsysteme und damit unsere Gesellschaft doch vor großen Herausforderungen, wie die wenigen Schlagworte *Digitalisierung, Globalisierung, Demografie* bereits erkennen lassen. Ausgehend von einem klaren Leitbild wird die GVG vier Aufgaben wahrnehmen, die Verpflichtung und Verantwortung gleichermaßen sind:

Leitbild

Unserem heterogenen Mitgliederkreis bieten wir ein Forum mit einer klaren Programmatik: Aufbauend auf einem Grundkonsens über den unverzichtbaren Wert eines funktionierenden Systems der sozialen

Sicherung ist nicht Vereinheitlichung das Ziel, sondern das vertrauensvolle Zusammenwirken heterogener Partner. Aufbauend auf dem gegliederten, beitragsfinanzierten und selbstverwalteten System der sozialen Sicherung als integralem Bestandteil der sozialen Marktwirtschaft setzt sich die GVG für differenzierte und jeweils passgenaue Lösungen in Fragen der sozialen Sicherung ein.

Aufgaben

- Die GVG wird im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem im Interesse der eigenen Mitglieder präsent und wachsam bleiben, Themen benennen und gemeinschaftliche Antworten auf relevante Fragen entwickeln.
- Mit Veranstaltungen und Publikationen – wiederum im Interesse der eigenen Mitglieder – wird sie auch weiterhin für Transparenz und Akzeptanz „nach außen“ sorgen und konsensuale übergreifende Positionen in gesellschaftliche und politische Debatten einbringen.
- Ihr unverrückbares Anliegen bleibt es, den fest verankerten Grundwerten – Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus – auch in Berlin eine Plattform zu verschaffen. Das Ziel all unserer Bestrebungen ist es weiterhin, einen entscheidenden Beitrag zur Gestaltung des Schutzes vor zentralen Lebensrisiken zu leisten.
- Umlagefinanzierte gesetzliche Systeme und private kapitalgedeckte Formen der Vorsorge beziehungsweise Versicherungslösungen haben weiterhin ihren entsprechenden Stellenwert. Die GVG ist prädestiniert, aktuelle Herausforderungen und Reformen in den sozialen Sicherungssystemen zu thematisieren, und zugleich grundlegende, längerfristige und sektorenübergreifende Entwicklungen aufzugreifen.

Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit, bringt es auf den Punkt: *„Bis heute trägt die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. immer wieder zu neuen Lösungen bei, die den aktuellen Erfordernissen an ein solidarisch gestaltetes Gesundheitswesen gerecht werden. Sie baut dabei auf eine breite Übereinstimmung aller beteiligten Parteien, wodurch Lösungsansätze überzeugend und tragfähig werden*

und Wirkung erzeugen können. Die GVG hat bewiesen, dass sie diesen langfristigen und naturgemäß nicht konfliktfreien Prozess erfolgreich führen kann.“

GVG: 70 JAHRE KONSENSPLATTFORM FÜR SOZIALPOLITIK

*Zweck und Ziel einer traditionsreichen sozialpolitischen
Gesellschaft im digitalen globalen Zeitalter*

Dr. Herbert Rische, Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund a.D.

Vor 70 Jahren – am 9. Mai 1947 in Köln – ist die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) gegründet worden. Sie ist auch heute noch das Spiegelbild des gegliederten Sozialsystems und seiner Entwicklungen in Deutschland. Wenn im Folgenden vom „System der sozialen Sicherheit“ die Rede ist, umfasst dies die Privatversicherung, die gesetzliche Sozialversicherung, die berufsständische und betriebliche Sicherung. Mit einbezogen sind auch Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften, weitere Arbeitnehmervereinigungen und Arbeitgeber sowie deren Verbände. Die Vertreter der Wissenschaft und weiterer gesellschaftlich relevanter Institutionen sind zudem wichtige Partner zur Gestaltung und Weiterentwicklung des Systems der sozialen Sicherheit in Theorie und Praxis. Die GVG versteht sich in diesem Sinne als zentrales Diskussionsforum, als Plattform, um dieses System ständig weiterzuentwickeln.

Ziel jeglicher Bemühung der GVG ist immer die Entwicklung von Konsenspositionen zu aktuellen Entwicklungen, wichtigen Reformfragen und zukünftigen Herausforderungen. Die GVG bündelt die Expertise ihrer Mitglieder und bietet ihre Ergebnisse den politischen Entscheidungsträgern in Deutschland und auf internationaler Ebene an.

Noch vor der Gründung der Bundesrepublik Deutschland nahm man sich in den Gremien der GVG grundsätzlicher, übergreifender Systemfragen der sozialen Sicherheit an. Bis heute führen die „Enkel“ der Gründer viele dieser Diskussion mit dem gleichen Ernst und Engagement in den gleichen Institutionen weiter. Der Gründungsauftrag der

GVG war der Kampf für ein gegliedertes System, das nahe am Bürger und seinen Bedürfnissen war.¹ Obwohl dieser Auftrag zwischenzeitlich als erfüllt galt, ist die Grundsatzdiskussion über ein einheitliches oder gegliedertes System in der Renten- und Krankenversicherung nie ganz verstummt.

Das deutsche Sozialversicherungssystem hat sich in den vergangenen Jahrzehnten unter dem marktwirtschaftlichen und politischen Druck konsolidiert. Die Debatten um seine Ausgestaltung werden heute – im Jahr 2017 – allerdings wieder grundsätzlicher geführt. Dies zeigt sich besonders in einem Wahljahr, in dem wir uns befinden. Auch nach 70 Jahren ist daher der Gründungsauftrag der GVG noch aktuell und ihre Mitglieder sind weiterhin bestrebt, sich gemeinschaftlich für ihre errungenen Werte und ein funktionierendes System der sozialen Sicherung einzusetzen. Die Überzeugung, dass ein pluralistisches, subsidiäres und solidarisches System Schutz vor zentralen Lebensrisiken effizient und passgenau erfüllen kann, ist immer noch ein tragfähiger Konsens, der in der GVG gelebt und der die Zukunft weiter bestimmen wird.

Die GVG bietet ihren Mitgliedern bis heute eine einzigartige Möglichkeit, im Spannungsfeld der Partikularinteressen verschiedenster Akteure erfolgreich und gemeinsam politisch zu arbeiten. Sie war bei ihrer Gründung eine Brücke zwischen vielen zersplitterten Systemen mit nur langsamen und unterbrochenen Kommunikationswegen, lieferte seinerzeit dennoch verlässliche Informationen und ermöglichte so einen Austausch, der im zersplitterten Nachkriegsdeutschland sonst nur schwer möglich war.

Brücken zu bauen zwischen verschiedenen Ebenen und Systemen ist bereits im langen Namen der GVG angelegt. „Versicherungswissenschaft und -gestaltung“, also im Grunde Wissenschaft und Politikge-

1 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Strunk, Stefan: Pluralismus, Demokratie und soziale Sicherung – für eine freiheitliche Sozialpolitik in Deutschland und Europa. Bonn: Vollmer 1997 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 30].

staltung näher zusammenzubringen, ist seit jeher erklärtes Satzungsziel. Heute zeigen der neu gegründete Wissenschaftliche Beirat und der GVG-Preis für Sozialpolitikforschung einerseits sowie die Durchführung parlamentarischer Abende andererseits, dass die GVG sich als Bindeglied beider Aktionsfelder versteht, um einen respektvollen Diskurs zu ermöglichen.

Die vor uns liegenden gesellschaftlichen Veränderungen mit ihren großen Treibern – wie Digitalisierung und Globalisierung – und mit ihren signifikanten Auswirkungen auf die individuellen Arbeitsverhältnisse, erfordern von den Institutionen der sozialen Sicherung eine fortwährende Anpassung. Die GVG ist Teil dieser global vernetzten Gesellschaft und Hauptstadt sowie einer voraussichtlich schnell voranschreitenden Digitalisierung, die alle Lebensbereiche, also auch das Gesundheits- und Sozialsystem, betreffen wird. Die digitale Gesellschaft wird in Zukunft die sogenannte Informationsgesellschaft ablösen. Doch was bedeutet das für die GVG? Informationen zu fast allen Themengebieten sind heute häufig nur einen „Klick“ entfernt. Die Aufgabe der GVG und ihrer Gremien besteht also künftig darin, die relevanten Fakten aus der Informationsflut zu extrahieren, sie verlässlich aufzubereiten, auszutauschen und – wo dies notwendig ist – zu konsentierten Aussagen zu verdichten. Die GVG versteht sich in diesem Sinne auch als ein Informationsfilter, um sich über die aktuellen Rahmenbedingungen und Entwicklungen ein solides, verlässliches Bild zu machen. Nur auf Basis einer informativen Grundlage ist eine erfolgreiche Konsensbildung überhaupt möglich. Konsensfindung war immer schon ein langwieriger Prozess und doch wissen die Mitglieder und Partner der GVG den Wert dieser Anstrengung zu schätzen. Sachlicher Informationsaustausch auf Augenhöhe – immer mit dem Ziel, die Versorgung der Bevölkerung zu erhalten oder zu verbessern – bleibt der einzigartige Markenkern der GVG.

Pluralismus und Heterogenität

In den vielen unterschiedlichen Gremien, ständigen Ausschüssen, Facharbeitsgruppen, Workshops und öffentlichen Veranstaltungen der GVG treffen die Vertreter der unterschiedlichsten Mitgliedsinstitutionen regelmäßig aufeinander. Protokollarisch ist belegt, dass schon im Jahr 1951 „gewisse Zweifel an der Arbeitsfähigkeit“ der GVG aufgrund „der heterogenen Zusammensetzung der Gesellschaft“ geäußert wurden. Unter diesen Rahmenbedingungen sei ein erzielter Konsens – und davon kann die GVG viele vorweisen – umso mehr ein großer Erfolg für alle Beteiligten.² Dieser Wille zu demokratischen einvernehmlichen Lösungsversuchen trotz offener Differenzen ist allen Akteuren seit Gründung der GVG gemeinsam. Und die im Jahr 1951 gemachte Aussage trifft auch heute noch, im Jahr 2017, unverändert zu.

Aufbauend auf dem gegliederten System der Sozialversicherung als integralem Bestandteil der sozialen Marktwirtschaft setzt sich die GVG für differenzierte Lösungen in Fragen der sozialen Sicherung ein. Mit dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat sie erfolgreich und im Konsens nationale Gesundheitsziele entwickelt und umgesetzt. Seit rund 17 Jahren sitzen hier alle wichtigen Akteure des deutschen Gesundheitswesens einschließlich der Patientenvertreter, des Bundes und der Länder zusammen und haben bisher neun Ziele zur Gesundheitsförderung und entsprechende Maßnahmen verabschiedet. Die Anerkennung der Politik für diese Leistung ist mit der Aufnahme fast aller Gesundheitsziele ins Präventionsgesetz deutlich geworden.

Die Debatten über Solidarität und letztendlich den sozialen Frieden enden in den Gremien der GVG zudem nie an den nationalen Grenzen. Weit über 50 Projekte zur Förderung der sozialen Sicherungssysteme von Aserbaidschan bis Moldawien sind eindrucksvolles Zeugnis eines

2 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Jung, Michael: Im Dienste freiheitlicher Sozialpolitik. Bergisch-Gladbach: Vollmer 1987 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 11].

Engagements der GVG und ihrer Mitglieder, das weltweit Spuren hinterlassen hat.

Grundsätzlich konnte und kann die Arbeit der GVG nie ausschließlich auf die Abwehr egalisierender Vereinheitlichungsbestrebungen reduziert werden. Vielmehr ist es immer ihr Anliegen, positive Gestaltungsmöglichkeiten zu formulieren. Das machen beispielsweise auch die zahlreichen internationalen Veranstaltungen und Publikationen der letzten Jahre deutlich. Als Beispiele sei an dieser Stelle an die GVG-Publikationen „zur sozialen Sicherung in China sowie die chinesisch-deutsche Zusammenarbeit“³ und „die Analyse zu den Gesundheitssystemen in ausgewählten europäischen Nachbarländern“⁴ erinnert.

Selbstverständlich muss und wird sich auch die GVG als Organisation weiterentwickeln, um den spezifischen und neuen Anforderungen im politischen Berlin gerecht zu werden und für seine Mitglieder relevant zu bleiben. Dass Vorstand und Präsidium diese Herausforderungen erkannt haben und annehmen, zeigen die organisatorischen Veränderungen, die im Jahr 2016 begonnen wurden.

Fazit

Allen ihren Mitgliedern und Partnern bietet die GVG ein Forum, um die Herausforderungen des Systems der sozialen Sicherung zu diskutieren. Die Mitglieder der GVG profitieren dabei von der Möglichkeit, dies interdisziplinär und sektorenübergreifend tun zu können. Im direkten Kontakt zu Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Verwaltung

3 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Soziale Sicherung in China. Ein Überblick über die soziale Sicherung sowie die chinesisch-deutsche Zusammenarbeit. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 54].

4 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt – Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien – Analyse und Vergleich. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 53].

gestalten die Mitglieder der GVG so das System der sozialen Sicherheit sachorientiert mit.

Auch in Zukunft wird die Expertise der GVG und ihrer Mitglieder bei den vor uns liegenden, vielfältigen Herausforderungen benötigt. Einige seien hier schlagwortartig erwähnt:

- Lösungen entwickeln im Zusammenhang mit sich ändernden Arbeitsverhältnissen,
- privat und öffentlich-rechtlich organisierte Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem verstärkt vernetzen,
- soziale Sicherungssysteme in Europa und deren notwendige Konvergenz entwickeln,
- den Wiederaufbau sozialpolitischer und sozialrechtlicher Lehre und Forschung an den deutschen Universitäten unterstützen.

Ich wünsche der GVG weiterhin viel Erfolg bei der Bewältigung der zahlreichen Aufgaben, die anstehen werden. Sie kann dafür auf eine hervorragende Expertise zurückgreifen, die sie sich in den letzten Jahrzehnten erarbeitet hat!

GRUSSWORTE



GRUSSWORT

Hermann Gröhe, MdB, Bundesminister für Gesundheit

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland nimmt im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein. Es gibt ein dichtes Netz von gut zugänglichen Behandlungsangeboten. Unabhängig vom Geldbeutel, dem Alter oder dem Wohnort, dürfen die Menschen in unserem Land auf einen uneingeschränkten Zugang zu hochwertiger medizinischer Betreuung vertrauen, und das rund um die Uhr. Weiteres Merkmal unseres Gesundheitswesens ist das Solidarprinzip. Jeder trägt den Teil dazu bei, den er leisten kann.

Seit 70 Jahren vertritt die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) das System der sozialen Sicherung in Deutschland – und damit unser leistungsstarkes und solidarisches Gesundheitswesen. Ihre rund 140 Mitglieder setzen alles daran, dem zentralen Versprechen unseres Gesundheitswesens weiterhin in der gewohnten Qualität gerecht zu werden: Die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften und Arbeitgeber.

Sie alle eint das Interesse, gemeinsam Ideen und Lösungen für die Herausforderungen der Zukunft zu entwickeln. Die GVG versteht sich für ihre Mitglieder als Plattform für einen ergebnisorientierten Austausch zu aktuellen, aber auch grundlegenden Fragen der sozialen Sicherung in Deutschland.

So lag es nahe, die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele bei der GVG anzusiedeln. Bereits Ende der 90er Jahre befasste sich der Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ mit der Bedeutung von Gesundheitszielen für effizientes und effektives gesundheits-

politisches Handeln. *gesundheitsziele.de* startete im Jahr 2000 als Modellprojekt, finanziell gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium. Seitdem wurden acht nationale Gesundheitsziele ausgearbeitet und veröffentlicht.

Ihrem Anspruch, das Sozialsystem beständig weiterzuentwickeln, wird die GVG auch weiterhin bei der Entwicklung und dem Aufbau einer Telematik-Infrastruktur gerecht. Das Projekt der Telematik-Infrastruktur ist nach vielen Jahren oft mühsamer und kleinteiliger Vorarbeiten jetzt auf dem Weg in die Praxen und Krankenhäuser. Zu verdanken haben wir das auch der GVG, die immer wieder eine wichtige Plattform für den Austausch der relevanten Organisationen bereitstellt. Konkret geht es dabei vor allem darum, hierzulande rund 200.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, derzeit 1980 Krankenhäuser, 20.032 Apotheken, die 2,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen und die mehr als 70 Millionen gesetzlich Versicherten miteinander zu vernetzen.

Telemedizin-Projekte unterstützen bereits heute bei der Versorgung von Schlaganfallpatienten. Menschen mit Herzinsuffizienz können besser medizinisch begleitet werden. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien ermöglichen vor allem älteren und chronisch kranken Menschen ein besseres Leben in den eigenen vier Wänden. Dieser Aspekt gewinnt angesichts des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Verschiebung der Altersstruktur immer mehr an Bedeutung. Insbesondere für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum eröffnet die Telemedizin neue Chancen.

Es ist wichtig, dass die GVG auch in Zukunft ihr Augenmerk auf sozial- und gesundheitspolitisch bedeutsame Themen richtet und auch einmal Erreichtes kritisch beleuchtet. Das wird gelingen, wenn alle Beteiligten weiterhin an dem Grundprinzip der GVG festhalten: Unterschiedliche Standpunkte offen austauschen und dennoch gemeinsam die Zukunft gestalten!

Bis heute trägt die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. hier immer wieder zu neuen Lösungen bei, die den aktuellen Erfordernissen an ein solidarisch gestaltetes Gesundheitswesen gerecht werden. Sie baut dabei auf eine breite Übereinstimmung aller beteiligten Parteien, wodurch Lösungsansätze überzeugend und tragfähig werden und Wirkung erzeugen können. Die GVG hat bewiesen, dass sie diesen langfristigen und naturgemäß nicht konfliktfreien Prozess erfolgreich führen kann. Ich bin daher überzeugt, dass sie auch in den kommenden Jahrzehnten eine prägende Rolle für das deutsche Gesundheitswesen einnimmt – ganz im Sinne der Menschen in unserem Land.

Herzlichen Glückwunsch zu 70 Jahren Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.!

GRUSSWORT

Andrea Nahles, MdB, Bundesministerin für Arbeit und Soziales

Um mir vorzustellen, was es bedeutet, 70 Jahre lang den Aufbau und den Wandel unseres Sozialstaates wissenschaftlich forschend und politisch beratend begleitet zu haben, muss ich mir Bilder aus dem Leben meiner Eltern vor Augen führen. In den Jahren, als die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) gegründet wurde, gab es für Arbeiter ein Heft, in das Beitragsmarken eingeklebt wurden. Wer im Alter eine gute Rente bekam, über den sagte man bei uns: „Der hat immer genug geklebt.“ Wer keine Arbeit hatte, der ging regelmäßig zum Arbeitsamt und holte sich einen Stempel ab. Damit wurde ihm bescheinigt, dass er sich um Arbeit bemüht. „Stempeln gehen“ war lange Jahre noch der Begriff für Arbeitslosigkeit.

Das sind alte Geschichten, Anekdoten. Aber sie zeigen, wie tief das Vertrauen und das Selbstverständnis, sozial abgesichert zu sein, in den Menschen verankert sind und wie sehr die soziale Absicherung zum Zusammenhalt der Gesellschaft beiträgt.

Selbstverständlich war es damals auch, sich selbst darum zu kümmern, dass die Sozialversicherung funktionierte. Männer und Frauen in den Gewerkschaften, in den christlichen Arbeitnehmervereinigungen und die Unternehmer krepelten die Ärmel hoch, damit „ihre“ Ortskrankenkasse wieder aufgebaut wurde oder „ihre“ Rentenversicherung wieder ans Laufen kam.

Die GVG ist für mich ein Ort, an dem dieses Selbstverständnis bewahrt bleibt. Sie ist eine Einrichtung, in der die aktuellen Entwicklungen in der Gesellschaft und der sozialen Sicherung anhand der Werte betrachtet und beurteilt werden, die unseren Sozialstaat von Anfang an prägen: Solidarität, Selbstverwaltung und Generationengerechtigkeit. Es sind zugleich die Werte, die auch für mich grundlegend waren, als wir in

dieser Legislaturperiode Lösungen für die Folgen des demografischen Wandels auf die Alterssicherung erarbeitet haben.

Eine verlässliche Altersversorgung ist das Kernversprechen unseres Sozialstaats. Damit alle Bürgerinnen und Bürger auf dieses Versprechen vertrauen können, müssen wir das System unserer Alterssicherung immer wieder an veränderte Rahmenbedingungen anpassen. Vor uns liegen große Herausforderungen: Ab 2020 gehen die geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand. Der demografische Druck auf die Rente steigt. Immer weniger Jüngere werden für immer mehr Ältere die Rente finanzieren müssen. Drei Ziele haben wir dabei im Blick: Wir wollen Altersarmut vorbeugen, die Rente für alle Generationen verlässlich gestalten und den Lebensstandard im Alter sichern.

Mit dem Gesamtkonzept legen wir das bisher umfassendste Programm gegen Altersarmut vor. Wir setzen mit zielgenauen Maßnahmen bei den besonders armutsgefährdeten Gruppen an: durch Verbesserungen bei den Erwerbsminderungsrenten, eine Absicherung von Selbstständigen in der gesetzlichen Rentenversicherung und eine gesetzliche Solidarrente für diejenigen, die nach einem Leben voller Arbeit bisher keine auskömmliche Rente erreichen.

Eine von mir vorgeschlagene doppelte Haltelinie zur Sicherung des Rentenniveaus und zur Begrenzung des Beitragssatzes schafft dauerhaft Verlässlichkeit und Planbarkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung. So bleiben nicht nur die Beiträge bezahlbar, sondern auch die Leistungen im Alter sicher.

Die verlässliche gesetzliche Rente ist das stabile Fundament, auf dem alle Bürgerinnen und Bürger eine den Lebensstandard sichernde Altersvorsorge aufbauen können. Mit einer Ausweitung der betrieblichen Altersversorgung sowie einer verbesserten und transparenten Riester-Förderung schaffen wir dafür die Voraussetzungen. Freibeträge für Betriebs- und Riester-Renten in der Grundsicherung im Alter

und bei Erwerbsminderung machen die zusätzliche Altersvorsorge auch bei kleinen Renten zu einem echten Plus.

Nicht alle Teile des Gesamtkonzeptes werden wir in dieser Legislaturperiode noch umsetzen können. Aber die Verbesserung der Erwerbsminderungsrenten, die Förderung der betrieblichen Altersversorgung und die Angleichung der Renten in Ost- und Westdeutschland bringen wir noch dieses Jahr auf den Weg.

Doch nicht nur die demografische Entwicklung stellt eine Herausforderung für unseren Sozialstaat dar. Auch die rasante technische und strukturelle Entwicklung der Arbeitswelt stellt die Frage: Wie können die traditionellen Werte der Sozialversicherung im digitalen Zeitalter Bestand haben?

„Soziale Sicherung in einer modernen Arbeitswelt“, so lautete der Titel der GVG-Position zu unserem Grünbuch „Arbeiten 4.0“, für die ich Ihnen sehr dankbar bin. So wie ich ist auch die GVG der Auffassung, dass sich die Fragen, die sich durch die neuen Arbeitsformen und Beschäftigungsverhältnisse stellen, zum Beispiel bei der Solo-Selbstständigkeit, im Rahmen und mit den Mitteln des Sozialstaates beantworten lassen. Die GVG hat beobachtet, wie der Sozialstaat sich in den vergangenen 70 Jahren mehreren industriellen Umbrüchen und gesellschaftlichen Veränderungen erfolgreich anpassen konnte. Deshalb messe ich ihrem Urteil große Bedeutung zu.

Aufgrund ihrer einzigartigen Mitgliederstruktur und konsensorientierten Arbeitsweise ist die GVG prädestiniert, nicht nur aktuelle Herausforderungen und Reformen in den sozialen Sicherungssystemen zu thematisieren, sondern auch grundlegende, längerfristige und sektorübergreifende Entwicklungen aufzugreifen.

Ich gratuliere Ihnen zum 70-jährigen Bestehen und freue mich, mit Ihnen weiterhin einen intensiven fachlichen Austausch führen zu können.

GRUSSWORT

Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz 2017 und Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie Hansestadt Bremen

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ist 70 Jahre! Das ist ein großes Jubiläum, zu dem ich sehr herzlich gratulieren möchte.

Die GVG repräsentiert das System der sozialen Sicherung in Deutschland wie keine andere Institution. Sie ist das zentrale Diskussionsforum für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit in Theorie und Praxis. Die Entwicklung von Konsenspositionen zu Fragen der Neugestaltung, wissenschaftlicher Fundierung und politische Beratung gehören zu ihren Hauptaufgaben. Die GVG ist ein bedeutender Verein, der auf nationaler und internationaler Ebene agiert. Die Kompetenzen bündeln sich über ihre rund 140 Mitglieder aus den gesetzlichen Sozialversicherungen, privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, berufsständischen und betrieblichen Einrichtungen der sozialen Sicherung, den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, Gewerkschaften und Arbeitgebern. So haben alle das Interesse, gemeinsam an grundlegenden Positionen zu arbeiten und Lösungen im Konsens für bestehende sozialpolitische Herausforderungen der Zukunft zu entwickeln.

Somit hat auch die GVG bedeutenden Anteil daran, dass Deutschland ein sehr leistungsstarkes Gesundheitssystem hat, in dem der gesundheitspolitische Anspruch besteht, allen Bürgerinnen und Bürgern eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu bieten.

Das deutsche Gesundheitswesen steht jedoch immer wieder vor der Herausforderung, Antworten auf wesentliche Entwicklungen unserer Gesellschaft zu geben. Der gesellschaftliche Wandel durch eine älter werdende Bevölkerung und die Zunahme von chronischen Erkrankungen sind wichtige Themen. Auch die Digitalisierung und Telematik des

Gesundheitswesens spielen eine entscheidende Rolle. Hier geht es jedoch längst nicht mehr um die Frage ob, sondern wie umfangreich und sicher sie zur Anwendung kommen.

Insbesondere bei der Telematik hat die GVG einen besonders großen Anteil daran, dass das Thema überhaupt aufgegriffen und Schritt für Schritt im Gesundheitswesen etabliert wurde. Aus heutiger Sicht erscheint das kaum mehr nachvollziehbar, da sowohl eHealth- und mHealth-Anwendungen als auch die Telemedizin nicht mehr wegzudenken sind.

Entscheidend ist auch die Umsetzung nationaler Gesundheitsziele, die die GVG seit 2000 unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren der Selbstverwaltung entwickelte. So dienen die Gesundheitsziele als komplementäres Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen, die die Gesundheitsförderung Einzelner und bestimmter Bevölkerungsgruppen als Ziel verfolgen.

Eines der neun nationalen Gesundheitsziele beschäftigte sich bereits mit der eingangs beschriebenen älter werdenden Gesellschaft und deren Folgen für die gesundheitliche und medizinische Versorgung. Schließlich ist der Anteil älterer und hochbetagter Menschen an der Bevölkerung groß. Rund 17 Millionen Menschen in der Bundesrepublik sind 65 Jahre und älter. Das ist schön, zumal wir auch wissen, dass das Alter nicht gleichbedeutend mit Krankheit und Einschränkung ist.

Dennoch nehmen gesundheitliche Probleme und Beschwerden zu. Das hat zur Folge, dass die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung andere sind als etwa bei jüngeren Altersgruppen. Das Ziel muss somit sein, eine hochwertige gesundheitliche Versorgung durch eine gut abgestimmte Behandlung anzustreben, um die Lebensqualität älterer Menschen aufrechtzuerhalten. Deshalb ist der Bedarf nach einer multiprofessionellen, koordinierten und kontinuierlichen Versorgung sehr hoch.

Das Schwerpunktthema der 90. Gesundheitsministerkonferenz 2017 hat vor diesem Hintergrund zum Ziel, Anknüpfungspunkte für eine verbesserte und stärker patientenorientierte Versorgung speziell von älteren Menschen zu erarbeiten. So muss künftig eine ganzheitlichere Betrachtung von Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen und damit auch ein Perspektivwechsel stattfinden: Weg von der Krankheits- hin zu einer stärkeren Patientinnen- und Patientenorientierung.

Insbesondere der Pflege kommt in der Versorgung von kranken und alten Menschen eine besondere Verantwortung zu. Sie erbringt einen wesentlichen Beitrag, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen. Auch steigen die Anforderungen an die Berufsausübung und Ausbildung der Pflegekräfte; und unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung steigt der Bedarf an professioneller Pflege. Deshalb ist es ein bedeutendes politisches Ziel, die Pflegeprofession besonders zu fördern und die Attraktivität der Ausbildung und des Berufsbildes zu steigern. Dringend notwendiger Handlungsbedarf ist bei der damit verbundenen Entwicklung des Pflegeberufes zu sehen.

Die GVG hat Alleinstellungscharakter – vor allem wenn man die jahrzehntelange Erfahrung, die heterogene Mitgliederstruktur und den konsensorientierten Dialog berücksichtigt. Sie dient als ideale Plattform, um aktuelle Fragen der sozialen Sicherung zu thematisieren, aber auch um künftige, sektorübergreifende Herausforderungen aufzugreifen.

Im Sinne ihrer Grundwerte – Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus – wünsche ich mir, dass die GVG, die Entwicklung notwendiger Lösungsstrategien im Konsens für bestehende sozialpolitische Herausforderungen weiterhin voranbringt.

GRUSS- UND MAHNWORT GKV

Prof. Dr. Rainer Schlegel, Präsident des Bundessozialgerichts

Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus sind Kennzeichen der gesetzlichen Krankenversicherung und zugleich ihre Stärke. Damit dies so bleibt, dürfen Solidarität und Subsidiarität keine bloßen Leerformeln und Sprechblasen sein, sondern müssen gelebt werden. Dies setzt voraus, dass wir wissen, was es bedeutet, wenn wir Solidarität und Subsidiarität bemühen.

Während Freiheit und Gleichheit rechtlich durchdeklinierte Kategorien sind, mit denen wir zu arbeiten gelernt haben, ist völlig offen, ob Solidarität überhaupt einen rechtlichen Gehalt aufweist und wenn ja, welchen. Das Wort Solidarität selbst wird in einigen Länderverfassungen, bundesrechtlich beim Solidaritätszuschlag des Einkommensteuergesetzes, im Maßstäbe-Gesetz zum Länderfinanzausgleich sowie beim Risikostrukturausgleich bemüht, aber nirgends definiert. Gemeinsamer Nenner ist die Verteilung knapper Ressourcen zwischen verschiedenen starken Gruppen/Körperschaften. Den Schwerpunkt – geradezu das Zentrum des Solidaritätsgedanken – bilden zwei Vorschriften aus dem Bereich der GKV:

- § 1 SGB V „Solidarität und Eigenverantwortung“ bezeichnet die GKV im Normtext als Solidargemeinschaft.
- § 3 SGB V „Solidarische Finanzierung“ ordnet an, dass die Leistungen der GKV durch Beiträge finanziert und von den Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgebracht werden, dass sich die Höhe der Beiträge in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten, nicht aber nach dem individuellen versicherungsmathematischen Risiko.

Das Attribut „solidarisch“ weist in der Sozialversicherung somit einen spezifischen Sinngehalt auf und steht hier für staatlich reglementierte Umverteilung wirtschaftlicher Potenz innerhalb unterschiedlich starker Bürger- und Gesellschaftsgruppen unter dem Aspekt sozialer Gerechtigkeit. Prägendes Element und Grundvoraussetzung für Solidargemeinschaften ist der Versicherungszwang. Versicherungen – wie die Sozialversicherung – funktionieren nur, wenn es dem Einzelnen nicht freisteht, sich daran zu beteiligen oder sich von ihr fernzuhalten. D.h. die Versicherung kommt nicht ohne Zwang, ohne Pflichtmitgliedschaft aus. Der Gesetzgeber sieht daher in allen Zweigen der Sozialversicherung eine Zwangsmitgliedschaft vor. Dieser Eingriff in Art. 2 Abs. 1 GG hört sich in der Umgangssprache aber viel freundlicher an, wenn man insoweit von Solidargemeinschaften spricht. Das Soziale – das letztlich Solidarische – in der Sozialversicherung tritt in ihren Unterschieden zur Privatversicherung zutage und zeigt sich vor allem darin, dass es bei im Grundsatz gleichen Leistungen bei den Beiträgen der Sozialversicherung nicht auf das individuelle Versicherungsrisiko (z.B. Alter, Vorerkrankungen, berufliche Qualifikation etc.) ankommt. Vielmehr werden die Beiträge nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bemessen. Soziale Aspekte, wie familiäre Pflichten, finden vielfältige Berücksichtigung.

Der Solidaritätsgedanke ist aufs Engste mit dem Subsidiaritätsgedanken verbunden. Der Staat soll sich überall dort heraushalten, wo er auf funktionierende „natürliche“ Solidargemeinschaften trifft, und alles unterlassen, was natürliche Solidargemeinschaften, wie z.B. die Familie, oder kleine funktionierende Gemeinschaften schwächt. Insoweit sollte man auch heute z.B. darüber nachdenken, ob wir Familien bzw. Eltern in der Sozialversicherung nicht stärker entlasten können. Was Familien leisten, sieht man insbesondere in der Pflegeversicherung, die ohne das Engagement der Familien überhaupt nicht finanzierbar wäre. Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist ein geradezu klassischer Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips. Allerdings sind die gestalterischen Möglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane doch sehr begrenzt. Davon, dass z.B. in der GKV die Versicherten und ihre Arbeitgeber ihre Angelegenheiten selbst autonom regeln, sind wir weit entfernt; dazu

sind die Spielräume viel zu gering. Wer will, dass Sozialversicherungswahlen wahr- und ernstgenommen werden, muss den Versicherten und ihren Arbeitgebern wieder mehr Rechts- und Gestaltungsmöglichkeiten einräumen.

Soll es nicht „hohl klingen“, wenn sich staatliche Organe auf Solidarität berufen, sollten folgende Gesichtspunkte handlungsleitend sein: Solidarität entlässt den Einzelnen nicht aus seiner eigenen Verantwortung, z.B. für seinen Unterhalt, sein Aus- und Fortkommen sowie die Folgen seines Verhaltens zunächst einmal selbst nach Fähigkeiten und Kräften selbst zu sorgen. Denn Eigenverantwortung des Einzelnen ist Ausgangspunkt jeder Gemeinschaft. Das Schröder'sche Credo des „Förderns und Forderns“ ist in der DNA jeder Solidargemeinschaft angelegt. Solidarität setzt hinreichende Homogenität voraus. Wer sich nicht in eine Gemeinschaft oder Gesellschaft integrieren und selbst keinen Beitrag zu deren Funktionsfähigkeit leisten will (obwohl er dies könnte), kann nicht auf die Solidarität anderer rechnen. Die Umverteilungseffekte solidarischen Handelns müssen transparent sein, denn nur dann besteht hinreichende Akzeptanz, ohne die Solidarität in Zwangsgemeinschaften nicht erwartet werden kann. Solidarität setzt Stabilität und Stärke voraus. Leistungen der Gemeinschaft müssen maßvoll sein. Ihr Umfang darf die Existenzgrundlage der Gemeinschaft sowie des einzelnen und damit die Nachhaltigkeit solidarischer Leistungsfähigkeit nicht gefährden. Weniger an Leistungen ist – längerfristig betrachtet – oft mehr. Daher schenkte der heilige Martin, Bischof von Tours, als er ihm im Winter am Stadttor von Amiens auf jenen armen, unbekleideten und frierenden Mann traf, auch nicht seinen ganzen Mantel her, sondern nur dessen eine Hälfte.

DAS GESUNDHEITS- UND SOZIALSYSTEM IN DER GVG



Beiträge der Mitglieder

„MEINE GVG“

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) ist seit ihrer Gründung vor 70 Jahren maßgeblich geprägt durch den Konsens des sozialpartnerschaftlichen Gedankens. Diese Grundkonstante ist Garant für eine offene und konstruktive Diskussion über sozialpolitische Fragestellungen innerhalb der GVG und ist im System der Sozialversicherung einmalig. Der sozialpartnerschaftliche Gedanke ist es Wert, auch in Zeiten von Wettbewerb, Effizienz und Rationalisierung fortgeführt und erhalten zu werden.

Bevor jedoch Konsens hergestellt werden kann, muss notwendigerweise Dissens herrschen. So besteht bei vielen Diskussionen zu sozialpolitischen Themen zu Beginn meist kein Einvernehmen. Die Heterogenität und zwischenzeitlich große Zahl an Mitgliedern der GVG bringt dies fast zwangsläufig mit sich. Die GVG bot jedoch stets den notwendigen, geschützten Raum für offene Diskussionen. Dieser macht es möglich, auch kontroverse Positionen abzugleichen und in den konsensualen Dialog zu überführen, auch dann, wenn schlussendlich Einzelne ihre Interessen vertreten und durchzusetzen suchen. Die GVG erfüllt somit die Funktion einer politisch inhaltlichen Clearingstelle. Die anschließende Kommunikation und Verankerung der Ergebnisse in der politischen Willensbildung, vor allem durch Publikationen in der Schriftenreihe oder die Präsentation der Ergebnisse auf Konferenzen ist das selbsterklärte Ziel der GVG und wird auch in Zukunft eine zentrale Aufgabe sein.

Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus sind fest verankerte Grundwerte der Sozialsysteme und bilden auch das feste Wertefundament der GVG. Sie zu bewahren und damit einen Beitrag zur Daseinsvorsorge zu leisten, ist das erklärte Ziel und die vorderste Aufgabe der Krankenhäuser. Gerade die Daseinsvorsorge wird von keinem anderen Akteur

des deutschen Gesundheitswesens so ausgefüllt wie von den knapp 2.000 Kliniken. In Zusammenarbeit mit Ärzten und Rettungsdiensten sind sie der Garant für das Versprechen des Staates an seine Bürgerinnen und Bürger, sie gerade in Momenten größter gesundheitlicher Not nicht hilf- und schutzlos allein zu lassen.

Selbstverständlich leisten die Krankenhäuser ihren Beitrag zur Fortentwicklung und Fundierung des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems in den Gremien der GVG. Mit rund 1,2 Millionen Beschäftigten und einem Beitrag von 3,2 Prozent an der gesamtwirtschaftlichen Leistung ist der Krankenhaussektor einer der größten Wirtschaftsbereiche in Deutschland.

Durch gestiegenen Wettbewerb, Effizienzsteigerungen und Rationalisierungsdruck im Gesundheitswesen ist es nicht einfacher geworden, Kompromisse auszuloten und sich am Ende auf eine gemeinsame Position zu verständigen. Das umfasst den Wettbewerb unter den Krankenhäusern ebenso wie den Diskurs mit den Kostenträgern um ausreichende finanzielle Mittel. Die Politik hat erkannt, dass mit Schuldzuweisungen allein keine Lösungen gefunden werden können. Vielmehr muss es um die Frage gehen, wie die Versorgung in Zukunft sinnvoller und zielgesteuert sichergestellt werden kann. Es geht unter anderem um die Frage, wie teure Sektorengrenzen überwunden werden können, etwa indem man Doppelbehandlungen verhindert und die Versorgung der Patientinnen und Patienten am Übergang von ambulanter zu stationärer Versorgung besser verknüpft. Eine entscheidende Rolle wird die zunehmende Digitalisierung der Versorgung spielen. Die GVG hat dies frühzeitig erkannt und mit dem Ausschuss eHealth/Telematik im Gesundheitswesen eine Plattform geschaffen, die sich eben dieser Schlüsselfragen annimmt.

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ist ein besonders hervorzuhebendes Projekt der GVG. Seit seiner Gründung hat sich aus einem Forum unterschiedlichster Akteure zur besseren Koordination der einzelnen Gesundheitsziele ein breiter Kooperationsverbund mit

über 140 Mitgliedern entwickelt. Mit zwischenzeitlich neun nationalen Gesundheitszielen wirken sich die Beschlüsse des Kooperationsverbundes direkt auf die Arbeit der Akteure im Gesundheitswesen, aber auch auf die Bevölkerung aus.

Eine Rückschau auf sieben Jahrzehnte GVG muss zwangsläufig die Frage nach der Zukunft stellen. Wie bereits ausgeführt, stehen die Krankenhäuser zu ihrem Engagement. Die GVG selbst hat in den zurückliegenden Monaten wichtige Weichenstellungen für ihre Zukunft vorgenommen. In diesem Prozess wurden alte Aufgaben und Tätigkeitsbereiche hinterfragt. Manches wurde aufgegeben, neue Wege wurden beschritten. Eines bleibt jedoch, und das ist eine Organisation, die die Tatsache, dass sie „wie keine zweite [...] das System der sozialen Sicherheit in Deutschland [repräsentiert]“, als ihr Selbstverständnis beschreibt. Sie war, ist und bleibt also „das zentrale Diskussionsforum für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit „in Theorie und Praxis“ in Deutschland. Der Grundgedanke des selbstverwalteten Gesundheitswesens in Deutschland basiert auf partnerschaftlich praktizierter Verantwortung und gemeinsamer fachlicher Lösungskompetenz. Deshalb ist die konsensorientierte Arbeit in der GVG auch in Zukunft eine wichtige, wenn auch keine einfache Aufgabe.

DIE VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Wichtiger Bestandteil der sozialen Sicherung

Dr. Günther E. Buchholz, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Seit nunmehr 70 Jahren steht die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) für eine zielbewusste Ausgestaltung des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. Ihre gemeinnützige Arbeit ist in Politik, Wissenschaft, Verwaltung und im Gesundheitswesen weithin anerkannt. Mit der dafür notwendigen Expertise hat die GVG beständig alle wichtigen Reformfragen der sozialen Sicherungssysteme aufgegriffen und den beteiligten Gruppen und Institutionen eine Diskussionsplattform geboten, um sich über Hintergründe und Ziele aktueller Entwicklungen auszutauschen. Der direkte Kontakt zu allen wichtigen Entscheidern und Akteuren erlaubt der GVG und ihren Mitgliedern eine aktive Teilnahme an der ergebnisorientierten Weiterentwicklung der sozialen Sicherung in unserem Land.

Eine zukunftsfeste soziale Absicherung ist gerade in Zeiten, die durch raschen politischen und gesellschaftlichen Wandel geprägt sind, eine ebenso hohe wie zweifelsfrei zu bewahrende Errungenschaft. Das wissen alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen über den gesamten Lebensbogen hinweg ein möglichst gesundes Gebiss haben und ungeachtet ihrer Lebensumstände einen gleichberechtigten und barrierearmen Zugang zur zahnärztlichen Versorgung erhalten. Das war und ist für den Berufsstand eine zentrale Aufgabe und Verpflichtung zugleich.

Die Zahnmedizin ist eine Versorgungsleistung mit klarem sozialem Gestaltungsbezug. Berechtigte Interessen der Zahnärzteschaft können immer nur unter Berücksichtigung des Gemeinwohls umgesetzt werden. Dazu ist eine ständig weiter zu entwickelnde und transparente

Werteorientierung im Sinne eines kollektiven Selbstverständnisses notwendig. Die Zahnärzteschaft muss sich an den Herausforderungen der Gesellschaft orientieren und in Reaktion darauf Handlungs- und Versorgungskonzepte vorlegen. Diese müssen dazu beitragen, die soziale Sicherung der Menschen in unserem Land zu gewährleisten.

Die Sicherung der zahnmedizinischen Gesundheitsvorsorge liegt sowohl im Interesse aller Patientinnen und Patienten als auch der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Sie ist wesentlicher Bestandteil der Gemeinwohlverpflichtung der Vertragszahnärzteschaft. Zahnärztinnen und Zahnärzte üben ihren Beruf nicht lediglich zum Zwecke des Erwerbs, sondern immer unter dem ethisch-moralischen Gesichtspunkt der Fürsorge für die Gesundheit des Einzelnen wie für die Allgemeinheit und frei von Fremdinteressen aus.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) leistet im Rahmen ihres Aufgabenspektrums als selbstverwaltete Körperschaft des öffentlichen Rechts einen fachlichen Beitrag für die gesellschaftliche Konsensfindung darüber, wie die zahnärztliche Grundversorgung definiert wird: Was steht den Menschen gesetzlich zu? Welche Kosten trägt die Solidargemeinschaft und welche Kosten sind nicht Bestandteil der solidarischen Finanzierung? Für Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt der Grundsatz, dass jede Patientin und jeder Patient die Möglichkeit haben muss, eine wirtschaftliche und für sie und ihn kostengünstige, im besonderen Bedarfsfall sogar kostenfreie Versorgung zu erhalten. Darüber hinausgehende Leistungen sowie zusätzliche Leistungen dürfen indes nicht von der Solidargemeinschaft übernommen werden.

Solidarität bedeutet in diesem Kontext, dass jeder Einzelne im Rahmen seiner Möglichkeiten alles unternimmt, um gesund zu bleiben, und so Verantwortung für die eigene Mundgesundheit übernimmt. Mit diesem Modell haben wir in Deutschland ein zahnmedizinisches Versorgungsniveau erreicht, das international keinen Vergleich zu scheuen braucht. Nun ist es auf der einen Seite eine der Aufgaben der Zahnärzteschaft, diese Versorgung zu sichern und weiterzuentwickeln. Wir dürfen uns

auf dem bisher Erreichten nicht ausruhen. Auf der anderen Seite ist aber auch die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen zu schaffen, so dass ein selbstbestimmter Patient mit seinem Behandler die für ihn ideale Therapie wählen kann.

Deshalb und aufgrund der innerhalb der Zahnärzteschaft gemeinsamen Wertevorstellungen war und ist es der KZBV stets besonders wichtig, sich auch als Mitglied der GVG an der Gestaltung der sozialen Sicherung zu beteiligen. Themen wie die ökonomische Orientierung des Gesundheitswesens oder die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur betreffen uns unmittelbar. Wir sind stolz darauf, dass wir mit unserem Fachwissen einen Beitrag zu den Diskussionen der GVG leisten können. Auch die Teilnahme am Projekt gesundheitsziele.de mit seiner gesamtgesellschaftlichen Ausrichtung für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in den verschiedensten Bereichen ist für die KZBV besonders wertvoll.

Sowohl die unmittelbare als auch die langfristige Zukunft wird zweifelsohne weitere Herausforderungen an den Erhalt und die dynamische Fortentwicklung der sozialen Sicherung in Deutschland stellen. Im Namen der KZBV möchte ich der GVG in diesem Sinne nicht nur meine Anerkennung für das bisherige Schaffen aussprechen, sondern auch für die kommenden 70 Jahre und darüber hinaus ein weiterhin so erfolgreiches und überzeugendes Agieren wie bisher wünschen. Die KZBV freut sich darauf, mit ihrem Engagement als Mitglied die GVG auch weiterhin auf ihrem Weg zu begleiten.

EIN WICHTIGER IMPULSGEBER IM GESUNDHEITSSYSTEM

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Das Gesundheitssystem steht nicht still. Fortschritt in Medizin und Technik, demografischer Wandel, Migration, die rasante Digitalisierung und viele weitere Aspekte des gesellschaftlichen Wandels stellen die Beteiligten immer wieder vor neue Herausforderungen. Um die hohe Qualität der Versorgung aufrechtzuerhalten und für die Zukunft auszubauen, sind vielfach Nejustierungen und Weiterentwicklungen nötig. Diesen anhaltenden Prozess gestalten die Ersatzkassen und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) in vielfältiger Weise mit – sei es durch die Beteiligung an der Gesetzgebung, in Form von Verhandlungen und Verträgen mit den Leistungserbringern oder durch Anpassung des Leistungsangebots der Kassen.

Neben ihren Kernaufgaben ist es den Ersatzkassen und dem vdek aber auch ein Anliegen, den Blick auf das „große Ganze“ zu richten. Wie wirkt sich gesellschaftlicher Wandel auf Lebensbereiche jenseits der Gesundheitsversorgung aus? Was bedeutet etwa das Entstehen neuer Arbeitswelten oder die Alterung der Bevölkerung für die soziale Sicherheit der Menschen? Wie müssen die sozialen Sicherungssysteme insgesamt gegebenenfalls neu ausgerichtet werden? Fragen dieser Art zu debattieren, Entwicklungen kritisch zu beleuchten und im Konsens der relevanten Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens Lösungen für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit zu finden, ist Kerngedanke der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG). Dabei definiert und unterstützt die GVG Werte, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelebt werden – allen voran Solidarität. Die Versicherungslösung bei der Absicherung gegen Lebensrisiken zu fördern, ist ein weiteres zentrales Anliegen, das die GVG auszeichnet und mit der GKV eint.

Um hierzu einen Beitrag zu leisten, wurde der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), aus dem später der vdek hervorging, 1947 Gründungsmitglied der GVG. Der Verband und seine Mitglieds-kassen haben sich bis heute kontinuierlich in die GVG eingebracht. Dazu gehört die Arbeit im Vorstand ebenso wie die Mitwirkung in den verschiedenen Ausschüssen.

Als Plattform für den Austausch der maßgeblichen Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems hat die GVG in ihrer 70-jährigen Geschichte immer wieder wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme in Deutschland und auf internationaler Ebene gegeben. Relevante gesellschaftliche Veränderungen wurden frühzeitig aufgegriffen und lösungsorientiert debattiert. So konnten im Konsens der Beteiligten wissenschaftlich fundierte Standpunkte zu bedeutenden Themen und kommenden Herausforderungen entwickelt werden. Dabei wirkte die GVG zum Wohl der Versicherten oft auf die politische Willensbildung im Gesundheitsbereich ein. Unter anderem mit ihren zahlreichen Veranstaltungen und Publikationen trug sie zudem zu einem sachgerechten Diskurs bei und schärfte den Blick für die Fragen der Zeit – von den Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik über die Bedeutung der Selbstverwaltung für die soziale Sicherung bis hin zum Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege.

Bemerkenswerte Projekte sind aus diesem anhaltenden Dialog hervorgegangen. So trug die GVG ab dem Jahr 1991 maßgeblich zum Transformationsprozess der Sozialsysteme in Mittel- und Osteuropa bei. Mit mehr als 350 Projekten half sie bei der Entwicklung der Sozialgesetzgebung der Länder des ehemaligen „Ostblocks“, unterstützte den Aufbau von Institutionen und engagierte sich im Training von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Intensiv wurde unter anderem der Aufbau der Krankenversicherung in Litauen, der Unfallversicherung in der Ukraine und der Sozialgesetzgebung in Polen begleitet.

Einen wertvollen Beitrag zur zielorientierten gesundheitlichen Versorgung in Deutschland leistete die GVG seit der Jahrtausendwende. Gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium hat sie eine Initiative ins Leben gerufen, aus der der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hervorging. Der Verbund bündelt bis heute die Expertise von mehr als 140 Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens, des Bundes und der Länder. Neun Nationale Gesundheitsziele und entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung wurden seither konsentiert. Darunter sind die Reduktion des Tabakkonsums, die Früherkennung von Depressionen und die Verringerung der Sterblichkeit bei Brustkrebs. Das Projekt hat dazu beigetragen, die Gesundheitspolitik und Prävention auszurichten und zu fokussieren – als Ergänzung zum bereits umfangreichen Engagement der GKV in dem wichtigen Feld der Prävention wie auch zum Leitfaden Prävention ein sinnvoller Ansatz. Ein Beleg für das Gelingen der Initiative ist sicher auch, dass die Gesundheitsziele im Präventionsgesetz (PrävG) Eingang gefunden haben – wobei der ursprüngliche Erfolg bei der Entwicklung der Gesundheitsziele gerade auch durch das freiwillige Engagement der Beteiligten begünstigt wurde.

Seit vielen Jahren engagiert sich die GVG auch im Bereich eHealth und Telematik. Zahlreiche hochkarätige Fachpublikationen entstanden, und mit den eHealth Conferences (seit 1999) schuf die GVG eine maßgebliche Plattform für den Austausch über die aktuellen Entwicklungen in der Telematik. So wurde 2012 die Saarbrücker Erklärung verabschiedet, die den Telematikkurs mitgeprägt hat. Darin fordern die Beteiligten unter anderem nutzerorientierte Anwendungen für Ärzte und Patienten.

Ganz am Puls der Zeit ist auch die AG „Arbeit 4.0“ der GVG: 2015 legte die Arbeitsgruppe ein Positionspapier vor, mit dem sich die Beteiligten für eine soziale Absicherung der selbstständig Berufstätigen in der digitalen Arbeitswelt einsetzen und damit auf die Entstehung veränderter und neuer Berufsfelder in der Kreativ-, IT- und Internetbranche reagierten.

Mit diesem und zahlreichen weiteren Projekten setzt die GVG erfolgreich fort, wofür sie einst gegründet wurde: die soziale Sicherung stetig weiterzuentwickeln. Wir wünschen ihr dabei noch viele weitere Erfolge und freuen uns, an dieser wichtigen Aufgabe mitwirken zu können.

SOZIALE SICHERHEIT AKTIV GESTALTEN

Alexander Gunkel, Mitglied der Hauptgeschäftsführung, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ist seit 70 Jahren eine wichtige Plattform, um das System der sozialen Sicherheit aktiv mitzugestalten. Die in der GVG organisierten Institutionen bekennen sich zu den Grundsätzen unseres erfolgreichen Systems der sozialen Sicherheit in Deutschland, das ein wesentliches Element der sozialen Marktwirtschaft ist.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Welt vielschichtig verändert und auch stets neue Herausforderungen für die soziale Sicherheit gebracht. Die Einführung der Pflegeversicherung und die Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge sind Beispiele dafür, wie der Gesetzgeber solchen Veränderungen Rechnung getragen hat. Ohne stetige Anpassungen wäre kein System zukunftsfähig. Ein System, das einem permanenten Wandel unterliegt, muss im Interesse seines Fortbestehens aber auf gemeinsame Werte bauen, die zur Richtschnur des Handelns werden. Die GVG setzt genau hier an und institutionalisiert das Fundament für diese Werte.

Dieser Werte sind sich die Arbeitgeberverbände als sozialpolitische Stimme der deutschen Wirtschaft voll bewusst. Die Verantwortung der Wirtschaft endet nicht am Werkstor. Als Tarif- und Sozialpartner gestalten wir die Arbeitsbeziehungen sowie die sozial- und wirtschaftspolitische Fortentwicklung der Sozialen Marktwirtschaft unseres Landes. Exemplarisch für den permanenten Wandel nenne ich drei Entwicklungen, die derzeit besonders einschneidend sind:

- Die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig niedrigen Geburtenraten stellt eine Herausforderung dar, die uns als Gesellschaft und die in der GVG vertretenen Institutionen noch lange und auch zunehmend beschäftigen wird.

- Wir haben erlebt, dass Menschen in vielen Regionen der Welt massenhaft vor Krieg und Verfolgung fliehen. Dass diese Menschen in Deutschland ein erstrebenswertes Ziel sehen, ein Land, in dem sie leben wollen, kann uns stolz machen. Ihre Integration in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt ist jedoch alles andere als ein Selbstläufer und auch eine Herausforderung für unsere Sozialsysteme.
- Wirtschaft und Arbeitswelt befinden sich in einer Phase tiefgreifender Umwälzungen durch die zunehmende Digitalisierung, Stichwort Arbeit 4.0. Auch hier stellt sich die Frage, wie wir diese Entwicklung sinnvoll durch sozialpolitische Maßnahmen flankieren können.

Bei der Begleitung dieser gesellschaftlichen Veränderungen sollte die GVG als Institution, die viele maßgebliche sozialpolitische Akteure vereint, weiter dafür eintreten, die sich stellenden Herausforderungen offensiv anzugehen und sich nicht dem öffentlichen Debatten oft anhaftenden Trott des Wehklagens und Skandalisierens hingeben. Keine Frage: Risiken und Missstände müssen schonungslos angesprochen werden, aber die sich stellenden Herausforderungen werden wir auch in Zukunft nur durch kluges Handeln und nicht durch Lamentieren bewältigen.

Prinzip der sozialen Selbstverwaltung stärken

Auch dem Einsatz der GVG ist es zu verdanken, dass das Prinzip der Selbstverwaltung vor 70 Jahren wieder Einzug in die Organisation der sozialen Sicherung erhalten hat. Schon die „Geburtsurkunde“ der deutschen Sozialversicherung, die Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881, sah das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung vor. Demnach wurden die Geschäfte der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung von Beginn an nicht durch staatliche oder kommunale, sondern durch eigenständige Verwaltungen – bestehend aus den Trägern der Sozialversicherung – durchgeführt. Im Wesentlichen geht es bis heute darum, die Verwaltung der Sozialversicherung aus der unmittelbaren Staatsverwaltung auszugliedern. Ein weltweiter Vergleich mit rein staatlich

organisierten Sicherungssystemen belegt die wesentliche Stärke dieser Aufteilung. Wenn es um den langfristigen Erfolg der sozialen Sicherung geht, darf die Politik nicht allein das Heft in der Hand halten, weil diese nach aller Erfahrung häufig kurzfristigen Zwängen unterliegt.

Als mittelbare Staatsverwaltung bildet die soziale Selbstverwaltung somit ein bedeutendes Gegengewicht zur unmittelbaren Staatsverwaltung. Durch die rechtliche Eigenständigkeit der Sozialversicherungsträger wird der Gefahr politischer Einflussnahme und der Verdeckung von Missständen entgegengewirkt. Zudem wird den Sozialversicherungsträgern ein kritischer Umgang mit der Ministerialbürokratie und ein selbstbewusstes Auftreten gegenüber Politik und Öffentlichkeit ermöglicht. Zugleich gewährleistet die Selbstverwaltung die notwendige Interessenvertretung der Beitragszahler gegenüber der Legislative (und der Exekutive), auch zur Abwehr haushaltspolitisch motivierter Lastenverschiebungen. Darüber hinaus trägt die soziale Selbstverwaltung in hohem Maße dazu bei, dass sich die Sozialpartner – Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften – trotz ihrer unterschiedlichen Interessen und sozialpolitischer Positionen – dennoch gemeinsam hinter das bestehende System der Sozialversicherung stellen. Die GVG hat 2007 mit der Publikation „Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung“ eindrucksvoll verdeutlicht, dass die politische Grundsatzentscheidung für die Soziale Selbstverwaltung das Selbstverständnis unserer Gesellschaft widerspiegelt, das auf der Partizipation der Bürgerinnen und Bürger gründet. Ein Selbstverständnis, das an Aktualität gewinnt.

Eine Identifikation der Sozialpartner mit den Institutionen der Sozialversicherung ist nicht nur im Interesse des Zusammenwirkens der Sozialpartner wünschenswert, sondern liegt vor allem auch im Interesse aller Versicherten. Denn das Eintreten der wesentlichen gesellschaftlichen Kräfte für die Erhaltung der bestehenden Sozialversicherungssysteme stärkt das Vertrauen, auch in Zukunft in den Wechselfällen des Lebens – bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung, im Alter und bei Arbeitslosigkeit – abgesichert zu sein.

Herausforderungen angehen

Die drei oben dargestellten Herausforderungen – demografischer Wandel, Flüchtlingsintegration und Digitalisierung – könnten in den kommenden Jahren in eine positive Wechselwirkung treten. Eine erfolgreiche Integration von Flüchtlingen kann mittel- und langfristig dazu beitragen, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und mit zusätzlichen Beitragszahlern die Sozialversicherungssysteme zu entlasten. Mit der Digitalisierung erleben wir einen tiefgreifenden Wandel, der zum Beispiel durch Arbeit aus dem „Homeoffice“ die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtert und damit hilft, wenn Paare ihren Kinderwunsch erfüllen wollen. Zudem kann die zunehmende Digitalisierung in nahezu allen Branchen für spürbare Produktivitätsfortschritte sorgen und damit die Folgen des wachsenden Arbeits- und Fachkräftemangels abmildern.

Die GVG kann auch bei diesen – und vielen weiteren – Herausforderungen einen wertvollen Teil zur Problemlösung beitragen. Sie hat ihre Handlungsfähigkeit erst zuletzt wieder unter Beweis gestellt, als sie sich mit ihrer Position „Soziale Sicherheit in einer modernen Arbeitswelt“ frühzeitig zum Grünbuch „Arbeit 4.0“ eingebracht hat. Trotz teilweise sehr verschiedener Äußerungen der GVG-Mitglieder in der öffentlichen Debatte ist es der GVG in vergleichsweise kurzer Zeit gelungen, ein gemeinsam getragenes Papier zu erstellen und der Politik als Handlungsleitfaden zu überreichen. So werden in diesem GVG-Papier Chancen und Risiken der Digitalisierung für die soziale Sicherung, die Gesellschaft und für den Einzelnen unter Einbeziehung der Fachkunde aller Beteiligten abgewogen – gewohnt sachlich und konstruktiv. Dafür steht die GVG. Und deshalb bin ich zuversichtlich, dass die GVG noch viele weitere Jubiläen feiern wird.

„MEINE GVG“ – KONSENS UND GEGENSATZ IM WANDEL

Peter Hartmann, Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft
Berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV)

Was ist die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)?

Sie ist ein „Verband der Verbände“, eine Konsensplattform, ein sozialpolitisches Diskussionsforum, eine Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis der Sozialen Sicherung, ein Treffpunkt von Interessen und Prinzipien, von Wissenschaft, Politik und Verwaltung, Gesicht des deutschen Systems der Sozialen Sicherung. Sicherlich ist die GVG all das. Doch sie ist mehr.

Wozu braucht es eine GVG?

Ihre Gründung im Jahre 1947 und die Bielefelder Entschließung vom 16. September 1947 richteten sich noch an die Besatzungsmächte und gegen deren Pläne, das seit über einem halben Jahrhundert bestehende deutsche System der Sozialen Sicherung zu vereinheitlichen und nach eigenen Vorstellungen umzuformen. Nachdem dies verhindert werden konnte, beschlossen die Mitglieder der GVG im Dezember 1950, die Arbeit der Gesellschaft auf die Zukunft auszurichten. Gleichzeitig musste sich die GVG neu aufstellen. Es galt, Zuständigkeiten und Kompetenzen mit den Mitgliedsverbänden abzugrenzen und stattdessen Dinge aufzugreifen, die „in der Luft liegen“, wie es im Protokoll der Mitgliederversammlung von 1951 heißt.

Hiermit war etwas gelungen, was in die Zukunft wies. Die sehr unterschiedliche korporative Mitgliedschaft mit ihren jeweils eigenen Interessenlagen und Verbandspolitiken ließ sich auf der Grundlage gemeinsamer Prinzipien unter einem Dach zusammenführen. Diese waren:

Solidarität und Subsidiarität, Beitragsfinanzierung und Versicherungsprinzip, Selbstverwaltung und die Integration von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Organisationsformen zu einem vielgliedrigen, aber kohärenten System der Sozialen Sicherung. Doch das weite Dach der gemeinsamen Grundsätze hätte auf die Dauer nicht ausge reicht. Die einzelnen Mitgliedsinstitutionen interpretieren und gewichten sie durchaus unterschiedlich, ihre Interessen treffen immer wieder hart im Raum der tagespolitischen Auseinandersetzung aufeinander. Die GVG bietet ihren Mitgliedern im Kontrast dazu daher ein einzigartiges Diskussionsforum, in dem die Interessensgegensätze abseits vom „Pulverdampf“ der politischen Auseinandersetzung diskursiv ausgetragen und Konsenslinien ausgelotet werden können. Als Katalysator und Moderator dient dabei immer die gleichberechtigte Beteiligung der Wissenschaft, welche die immer auch normativ aufgeladenen Interessensgegensätze erdet und an die Standards der wissenschaftlichen Debatte binden kann. Diese Forumsfunktion bildet den eigentlichen Wesenskern der GVG. Die Interessensunterschiede und -gegensätze werden unter dem Dach überwölbender gemeinsamer Prinzipien fruchtbar gemacht für eine wissenschaftlich aufgeklärte Debatte von immer wieder sich neu stellenden Zukunftsfragen des Systems der Sozialen Sicherung. Das Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes wie das offene Konzept der sozialen Marktwirtschaft bedürfen im Zeitablauf jeweils der konkreten Ausformung, die im Zeitablauf immer wieder neu auszuhandeln ist. Diesen notwendigerweise auch immer konfrontativen Aushandlungsprozess an gemeinsam getragene Werte zurückzubinden, problemorientiert und nicht weltanschaulich zu gestalten und sich dabei der gemeinsamen Verantwortung für das Gemeinwesen bewusst zu sein, ist eines der herausragenden und beneideten Merkmale des bundesdeutschen Sozial- und Demokratiemodells. Dies wird gerade jetzt deutlich, da viele westliche Gesellschaften politisch, sozial und vor allem mental gespalten erscheinen. Die politische Auseinandersetzung droht sich unheilvoll von ihrer Tatsachenfundierung zu lösen und irrlichternd ins Postfaktische abzugleiten. Für das Subsystem der Sozialpolitik und der Sozialen Sicherung hat die GVG hier wertvolle Kärnerarbeit geleistet. Sie wird auch in Zukunft unverzichtbar sein.

Warum ist die GVG unverzichtbar?

Die GVG sei ein Spiegelbild des gegliederten Systems der Sozialen Sicherung in Deutschland, schrieben der Vorsitzende der Gesellschaft und sein Stellvertreter, Dr. Herbert Rische, und Prof. Bernd Baron von Maydell, im Vorwort des Bandes 30 der Schriftenreihe zum fünfzigjährigen Jubiläum der GVG im Jahr 1997. Der damalige Bundeskanzler, Dr. Helmut Kohl, hob hervor, durch ihr Eintreten für ein pluralistisches, gegliedertes System der Sozialen Sicherung gehöre die GVG zu den Wegbereitern des demokratischen Sozialstaats. Sein Arbeitsminister Dr. Norbert Blüm erklärte ihre große öffentliche Akzeptanz damit, dass die Mitgliederstruktur ein Spiegelbild unseres gegliederten und differenzierten Systems der Sozialen Sicherung darstelle und so die verschiedenen Perspektiven und Interessen umfasse. Der heutige bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer, damals Bundesminister für Gesundheit, erinnerte daran, dass nach der Unterordnung auch der Gesundheits- und Sozialpolitik unter das totalitäre Führerprinzip die GVG mit dazu beigetragen habe, dem Gedanken der Pluralität und Subsidiarität beim Neuaufbau der Sozialen Sicherungssysteme eine zentrale Rolle zuzuweisen. Das Zusammenwirken der verschiedenartigen Mitgliedsorganisationen in Kooperation mit der Wissenschaft demonstriere, dass die Weiterentwicklung des Sozialen Sicherungssystems keine Domäne der Politik sei. Auch Rudolf Dressler, damals stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion und sozialpolitischer Sprecher, attestierte der GVG, sich über ein halbes Jahrhundert einen festen und beachteten Platz in der wissenschaftlichen wie politischen Diskussion über das Soziale Sicherungssystem erarbeitet zu haben und es mitzugestalten. Seine Kollegin der Fraktion des BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, Andrea Fischer, schrieb, das Bekenntnis zu einem gegliederten, pluralistischen System der Sozialen Sicherung sei die ordnungspolitische Klammer der GVG.

Wenn es im deutschen System der Sozialen Sicherung eine Konstante gibt, die aus der Vergangenheit in die Zukunft weist, dann sind es die Strukturprinzipien der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und

-gestaltung e.V. (GVG). Sie stehen für ein System, das die Verlässlichkeit einklagbarer sozialer Rechte, die Zuverlässigkeit öffentlich-rechtlicher Verwaltung und die Dynamik privatwirtschaftlicher und freiberuflicher Initiative verbindet mit einer Struktur, die Machtzusammenballungen verhindert und ein freiheitliches System der Sozialen Sicherung garantiert. Es ist dies das Zusammenspiel von Solidarität und Subsidiarität, welche Eigenverantwortung und kollektiven Schutz zum Ausgleich bringt. Es ist dies der Vorrang der Beitragsfinanzierung vor steuerfinanzierter staatlicher Leistungserbringung, wie Bismarck sie ursprünglich aus staats- und machtpolitischen Motiven heraus anstrebte und die die Reichstagsmehrheit ihm aus der Hand schlug. Es ist dies die starke Rolle öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger und Leistungserbringerorganisationen im Zusammenspiel mit privaten und betrieblichen Trägern, die eine allumfassende Staatsbürokratie in die Schranken weisen. Und es ist das in den Grußworten von 1997 anklingende Gliederungsprinzip des deutschen Sozialversicherungssystems. Es mag unübersichtlich erscheinen, mehr gewuchert als gewachsen und besser historisch herleitbar als rational zu erklären sein. Doch dies täuscht. Auch und gerade in der Gliederung liegt die Quintessenz des freiheitlichen deutschen Systems der Sozialen Sicherung. So kann eine Machtkonzentration verhindert werden, durch eine Verteilung der Aufgaben auf Sozial- und Privatversicherung, betriebliche und berufsständische Institutionen, durch eine öffentlich-rechtliche verfasste, freie Ärzteschaft in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl weiterer Leistungserbringer. Wer dies ablehnt, weil er das Durchregieren in einem Sozialstaatsmodell „aus einem Guss“ vorzieht – das würde natürlich einen weitaus geringeren Koordinationsaufwand erfordern und manche Friktionen im Zusammenspiel unterschiedlichster Institutionen vermeiden –, gibt vorschnell einen wichtigen Standortvorteil der deutschen Sozialpolitik auf. Gerade diese hohe Koordinationsleistung, zu dem die GVG in ihren Ausschüssen und mit ihren Veranstaltungen immer wieder einen wichtigen Beitrag leistet, sichert einen reflektierten und unterschiedlichste Standpunkte berücksichtigenden Zugang zu sozialpolitischen Fragen. Wer darauf verzichtet, erhöht die Gefahr, durch eine falsche Weichenstellung an zentraler Stelle einen bleibenden, womöglich irreparablen

Schaden anzurichten. Wichtiger aber: Die Gliederung verhindert einen „Staatssozialismus“, wie Bismarck ihn anstrebte, wie er aber in beiden deutschen Diktaturen umgesetzt wurde. Einheitsversicherungen führen zwar nicht notwendigerweise in die Diktatur. Die freiheitliche Tradition der Gliederung ist jedoch historisch evident.

Und: Wer anderes will, braucht eines nicht: eine Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG).

ERFOLGREICH UM KONSENS RINGEN

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer; IKK e.V.

„Wenn Du nicht mehr weiter weißt, dann bilde einen Arbeitskreis.“ Dieser Spruch fällt schnell und oft, wenn es darum geht, dass Dinge noch nicht spruchreif sind. Manchmal wird damit aber auch nur die Angst zum Ausdruck gebracht, dass Entscheidungen lediglich aufgeschoben werden sollen. Egal ob Runder Tisch oder eben auch diverse Arbeitskreise – sie alle haben das Ziel, dass verschiedene Akteure, zumeist aus unterschiedlichen Organisationen oder Organisationseinheiten, über ein Thema diskutieren und eine Verständigung herbeiführen: also um Konsens ringen. In der Regel sind die Diskussionsprozesse schwierig und auch nicht immer zielführend. Sicher saß der eine oder andere schon in solchen Runden und kann ein Lied davon singen. Um ein bekanntes Bonmot abzuwandeln: Ein Konsens ist schön, macht aber viel Arbeit.

Aber es gibt auch positive Beispiele, wie die über 70-jährige Arbeit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, kurz GVG, zeigt: Denn wenn das Prinzip der fach- und strukturübergreifenden Arbeitsgruppen gezielt vorbereitet und eingesetzt wird, sind Ergebnisse möglich.

Die GVG bildet nach wie vor die zentrale Plattform, auf der mittlerweile 135 Mitglieder zusammen kommen, mit dem Ziel, die sozialen Sicherungssysteme weiter zu entwickeln und zukunftsfähig zu machen. Die Mischung könnte nicht unterschiedlicher sein. Verbände und Institutionen der gesetzlichen Sozialversicherungen oder private Lebens-, Kranken- und Pflegeversicherungen gehören ebenso dazu, wie Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbände und viele andere Institutionen sowie namhafte Wissenschaftler aus Bundes- wie auch Landesebene. Zu Recht kann die GVG als DAS Diskussionsforum bezeichnet werden, das Fragestellungen und Herausforderungen gesamtgesellschaftlich diskutiert, und dies immer auch mit einem föderalen Ansatz.

Oder wie es Herbert Rebscher, Ex-Vorstandsvorsitzender der DAK, im Jahre 2011 trefflich formulierte: „Die GVG führt die Akteure zusammen und ist in ihrer Struktur Konsens- und Problemlösungsplattform, vor allem jedoch Ideengeber.“ Und die Worte des ehemaligen Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Norbert Blüm, anlässlich des 50-jährigen Bestehens der GVG haben nach wie vor ihre Gültigkeit: „Die Mitgliederstruktur der GVG ist ein Spiegelbild des gegliederten und differenzierten Systems der sozialen Sicherung und umfasst damit die verschiedenen Perspektiven und Interessen.“

Die GVG ist aber auch weit mehr als ein x-beliebiges Diskussionsforum. Sie ist zudem auch ein etablierter und anerkannter Mittler zwischen Partnern aus Politik, Praxis und Wissenschaft, von der Bundesebene bis hinunter auf die kommunale Ebene, die in ihrem Alltag nicht immer am gemeinsamen Verhandlungstisch sitzen, geschweige denn an einem Strang ziehen.

Die Innungskrankenkassen sind seit der Geburtsstunde der GVG im Jahre 1947 mit am Tisch. Zu den Gründungsmitgliedern gehört der Landesverband der Innungskrankenkassen Westfalen Lippe, der mittlerweile in der IKK classic aufgegangen ist. Der IKK e. V. ist seit 2009 Mitglied. Allein schon die massiven Veränderungen in den Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung mit den zahlreichen Fusionen und der Gründung eines gemeinsamen Spitzenverbandes, aber auch die weitergehende Institutionalisierung einer gemeinsamen Selbstverwaltung im Rahmen der G-BA-Strukturen, zeigt, mit welchen Problemen die GVG zu kämpfen hat. Zudem gibt es mittlerweile eine Reihe von Parallelstrukturen, die das Alleinstellungsmerkmal GVG doch nachhaltig angekratzt haben. Dass diese Herausforderungen auch aktiv angegangen werden können, zeigt die jetzt angegangene Neupositionierung im Rahmen des Umzuges des Vereins nach Berlin.

Themen, in denen die GVG von sich reden machte, gibt es einige. So hat die GVG schon früh Raum gegeben für die politische Debatte über einen sinnvollen Einsatz der Telemedizin. Zahlreiche internationale

Konferenzen haben stattgefunden und sind dokumentiert. Auch für eine zukunftsfeste Gesundheit setzt sich die Gesellschaft ein – leistungsfähig auf internationalem Niveau angesichts der sich verändernden Demografie bei gleichzeitig steigenden Ansprüchen und wachsendem medizinisch-technischen Fortschritt. Strittig wird hier diskutiert – aber vor allem sachlich. Der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler stellte dazu lobend fest: „Auf der GVG-Konferenz konnte jeder sehen, wie schön die Arbeit im Gesundheitswesen sein kann.“

Dass die Tätigkeit der GVG gerade dann, wenn es unterschiedliche wirtschaftliche oder stark ideologische Positionen gibt, nicht immer einfach ist, zeigt die Positionierung zum Grünbuch „Arbeit 4.0“. „Die unterschiedliche Mitgliederstruktur macht es schwer, sich eindeutig zu positionieren“, sagte dazu der derzeitige Vorstandsvorsitzende Joachim Breuer bei der Präsentation der Ergebnisse im Jahre 2015. Auf vier Punkte konnte man sich verständigen, wie etwa eine verpflichtende soziale Absicherung über alle Berufszweige hinweg oder die Verpflichtung eines generellen Schutzes jedes Erwerbstätigen. Der Beitrags-Leistungsbezug dürfe zudem nicht vergessen werden, dazu müsse allerdings ein sozialer Ausgleich geleistet werden. Zudem müsse der heutige Sozialschutzstandard auch künftig allen Arbeitnehmern zugutekommen.

Das mit wohl ehrgeizigste Projekt der GVG und zudem mit nachhaltiger Wirkung ist der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Auf Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz wurde die Aufgabe, nationale Gesundheitsziele für Deutschland auf den Weg zu bringen, der GVG übertragen. Das war im Jahre 1999. 140 Institutionen und Organisationen sind mittlerweile am Start und auch die Spitzenorganisationen der Kassenarten auf der Bundesebene finanzieren den Verbund. Die Kooperation ist beeindruckend: Unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens werden Gesundheitsziele erarbeitet und Maßnahmen zur Zielerreichung empfohlen. Lag der Fokus bis 2015 eher auf die Selbstverpflichtung der Organisationen und ihrer Mitglieder, hat sich die Situation seit

Inkrafttreten des Präventionsgesetzes deutlich verändert. Neun nationale Ziele sind mittlerweile verabschiedet, wie Tabakkonsum reduzieren, Brustkrebs oder Gesund altern. Das Ringen darum war und ist nicht immer einfach, wie die noch laufenden Diskussionen um die richtigen verhältnispräventiven Aspekte des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ zeigen. Viel wird diskutiert, analysiert und in Frage gestellt. Der große Durchbruch ist dann erreicht, wenn es gelingt, die isolierte Sicht einzelner Akteure zu einem gemeinwohlorientierten Ganzen zusammenzufügen. Und die Arbeit wird sehr wohl politisch anerkannt. Das zeigt die Aufnahme (fast) aller Ziele in das Präventionsgesetz.

Vor der GVG liegt eine neue Ära. Jetzt gilt es genau abzuwägen, wo sich die Gesellschaft künftig einbringen und positionieren kann. Die große Aufgabe wird es sein, sich weiterhin politisch Gehör zu verschaffen und alle Mitglieder dafür gleichermaßen im Boot zu halten bzw. neue Mitstreiter für die GVG zu gewinnen.

„MEINE GVG“

Dr. Volker Leienbach, Direktor, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

„Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus“ – wenn ich es recht bedenke, dann ist der Untertitel dieser Festschrift gleichermaßen Überschrift fast meines gesamten beruflichen Wirkens: Denn auf beinahe 20 Jahre als Geschäftsführer „meiner GVG“ folgen nun auch schon wieder 15 Jahre im Dienst der Privaten Krankenversicherung (PKV), die als wichtiger Akteur der Gesundheitsvorsorge in Deutschland ebenfalls für diese Prinzipien steht. Den Führungsgremien der GVG bis heute anzugehören, ist mir dabei nicht nur Ehre und Vergnügen, sondern bietet auch immer wieder Gelegenheit, die Vorteile des deutschen Gesundheitswesens zu kommunizieren.

Das deutsche Krankenversicherungssystem hat einen langen Weg hinter sich. Was einst in Handwerks-Zünften mit der solidarischen Absicherung gegen Krankheitsrisiken begann und später durch die Sozialgesetzgebung Bismarcks ergänzt wurde, hat sich im Laufe der Jahrzehnte zu einem der besten Gesundheitssysteme der Welt entwickelt. Denn heute haben in Deutschland alle Versicherten – gesetzlich wie privat – Zugang zu Spitzenmedizin bei freier Arztwahl. Dies ist kein Zufall, sondern Ergebnis eines Gestaltungsprozesses im Geiste der genannten Prinzipien sowie der anspornenden und innovativen Kräfte des Wettbewerbs.

Während sich in einem rein staatlichen Modell wie in Großbritannien die Gesundheitsversorgung immer weiter in ein Zwei-Klassen-System entwickelt hat – mit Spitzenmedizin in Privatkliniken für diejenigen, die es sich leisten können, und einer dürftigen Versorgung für alle anderen Menschen im Einheitssystem –, werden vermeintliche Klassenunterschiede in Deutschland an der Terminvergabe oder der Zeit im Wartezimmer festgemacht. Doch in dringenden Fällen erhält man bei uns sofort einen Termin – völlig unabhängig vom Versicherungsstatus.

Der Schlüssel für diese sehr gute Versorgung liegt im Zwei-Säulen-Modell, dem Nebeneinander von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV). Auf diese sogenannte Dualität ist das deutsche Gesundheitswesen angewiesen: Zum einen macht der Wettbewerb zwischen den Systemen eine medizinische Spitzenversorgung möglich. Zum anderen braucht die Stabilität des Gesamtsystems angesichts des demografischen Wandels ein privat organisiertes, kapitalgedecktes Teilsystem.

Eines der wesentlichen Kriterien für die Qualität der medizinischen Versorgung ist die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt. Gesundheitssysteme bemessen sich daher auch daran, wie schnell sie in der Lage sind, Innovationen in die Regelversorgung zu überführen. Gemeint sind dabei hauptsächlich Produktinnovationen wie beispielsweise neue Diagnosemethoden oder Arzneimittel. Sie sammeln sich gemeinhin unter dem Begriff „medizinisch-technischer-Fortschritt“. Doch auch in allen anderen Bereichen des Gesundheitssystems kommt es zu Innovationen. Beispiele hierfür sind alternative Versorgungsformen oder auch ergänzende Systeme wie die Pflegeversicherung.

International betrachtet steht Deutschland beim Zugang der Patienten zu Innovationen sehr gut da. Das ist maßgeblich dem Systemwettbewerb aus GKV und PKV zu verdanken. Er führt dazu, dass bei Innovationen, für die ein System die Vorreiterrolle übernimmt, das andere System nachzieht oder sich zumindest mit der Innovation auseinandersetzen muss. So gibt es in Deutschland zwar zwei getrennte Finanzierungssysteme – ein sozialstaatliches und ein privatwirtschaftliches, doch beide tragen ein gemeinsames Versorgungssystem. Sie korrigieren sich in bestimmten Gebieten gegenseitig und profitieren wechselseitig davon: Die GKV von der frühen und umfassenden Innovations-einführung der PKV, die PKV wiederum von den Nachweisen zur Evidenz. Der Systemwettbewerb innerhalb einer gemeinsamen Versorgungsstruktur führt damit zu einem Mehrwert für das deutsche Gesundheitswesen, den es ohne die Dualität nicht gäbe.

Auch durch ihr nachhaltiges Finanzierungsmodell trägt die Existenz der PKV zur Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme in unserer alternden Gesellschaft bei. Wohin die demografische Reise der Deutschen geht und welche Folgen sie für die Finanzierung des Gesundheitswesens haben wird, lässt sich exemplarisch schon an wenigen Daten zeigen: Die Gesundheitskosten (Durchschnittswert vom Säugling bis zum Greis) betragen laut Statistischem Bundesamt in Deutschland rund 3.100 Euro pro Kopf und Jahr. Bei den 85-Jährigen und Älteren sind es pro Kopf 14.840 Euro. Nun wird sich der Anteil der über 80-Jährigen in den nächsten Jahrzehnten mehr als verdreifachen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, dass möglichst viele Menschen schon heute für ihre Bedürfnisse im Alter vorsorgen, um zukünftige Beitragszahler nicht zusätzlich zu belasten. Privatversicherte treffen mit ihren Beiträgen Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitsausgaben. Davon profitieren nicht nur sie persönlich, sondern auch die jüngeren Generationen. Denn für diesen Teil der Bevölkerung müssen unsere Kinder und Enkel die zukünftigen Gesundheitsausgaben nicht mitfinanzieren.

Die Menschen in Deutschland erkennen die großen, grundsätzlichen Vorzüge unseres Gesundheitssystems, das dank seiner Vielfalt und Wahlfreiheiten allen Versicherten eine individuelle und gute Versorgung bietet. Regelmäßige Umfragen belegen die anhaltende Zustimmung auf höchstem Niveau: Über 90 Prozent der Befragten zeigen sich dabei zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung.

Die Vehemenz, mit der sich manche für einen radikalen Systemwechsel in der Gesundheitskostenfinanzierung einsetzen, verwundert also nicht zuletzt, weil solche Überlegungen völlig am Empfinden der Bürger vorbeigehen. Denn die Menschen wissen genau: Unser Gesundheitssystem, um das wir in nahezu der ganzen Welt beneidet werden, ist viel zu kostbar, um es mit Radikaloperationen zu gefährden. Ich bin mir sicher, dass wir darüber im Rahmen der Gesellschaft für Versicherungs-

wissenschaft und -gestaltung noch oft und intensiv diskutieren werden. Darauf freue ich mich auch ganz persönlich – schließlich darf ich „meine GVG“ bis heute als eine Plattform erleben, die neben der Versorgungssicherheit und der Solidarität immer auch den Entscheidungsspielraum des Individuums hochhält und sich gegen Einheitslösungen positioniert.

„MEINE GVG“

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender, AOK-Bundesverband

Soziale Sicherheit ist eine der größten Errungenschaften in einem markt-orientierten Wirtschaftssystem. Deutschland hat im Rahmen der Sozialen Marktwirtschaft starke Säulen der sozialen Sicherheit geschaffen, die ein wesentlicher Teil unserer offenen, freiheitlichen und solidarischen Gesellschaft sind. Seit dem Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR ist die Soziale Marktwirtschaft auch rechtlich als Wirtschaftsordnung verankert. Die gesetzliche Sicherung der Risiken, die durch Krankheit, Arbeitsunfall, Alter, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Tod sowie Arbeitslosigkeit entstehen, sind die Eckpfeiler einer freien Gesellschaft und des sozialen Friedens.

Diese Risikoabsicherung, die heute selbstverständlich erscheint, ist in einem ständigen politischen Aushandlungsprozess gewachsen und wird laufend weiterentwickelt. Ein Beispiel ist die soziale Pflegeversicherung. Aus ehemals einzelnen Pflegeparagrafen im SGB V ist ab 1995 ein eigenständiger Sozialversicherungszweig entstanden, der in vielen weiteren Prozessschritten dem jeweiligen Versorgungsbedarf angepasst wurde. Mit Beginn des Jahres 2017 wurde zuletzt die geltende Definition von Pflegebedürftigkeit eingeführt und damit einhergehend der Pflegebegriff erweitert, so dass allen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Pflegehilfe gewährt werden kann.

Seit 70 Jahren ist die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ein starker Partner, um unsere sozialen Sicherungssysteme an die Herausforderungen, die durch gesellschaftliche und zunehmend auch globale Entwicklungen entstehen, anzupassen. Ihre Stärke ist vor allem die „bunte Mischung“ ihrer Mitglieder. Diese

Mischung von weit über 100 Mitgliedern bildet alle Träger der sozialen Sicherungssysteme, sprich diejenigen Akteure ab, die in den jeweiligen Zweigen die soziale Absicherung organisieren und durchführen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind beispielhaft Vertreter der Ärzteschaft, der Arbeitgeber sowie der Versicherten und Patienten zu nennen. Die Bereitschaft der relevanten Akteure zur Zusammenarbeit macht gleichzeitig die besondere Stärke der GVG aus. So werden aus den unterschiedlichen Blickwinkeln gemeinsame Positionen erarbeitet, die einen Ausgleich von gewünschter Weiterentwicklung der sozialen Absicherung und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit beinhalten. Gemeinsam können in der GVG vorausschauend Entwicklungen erkannt und dann geeignete Maßnahmen in die politische Debatte eingebracht werden, um die soziale Sicherheit in Deutschland auch in Zukunft garantieren zu können.

Während es vor 70 Jahren darum ging, soziale Sicherheit in der Marktwirtschaft zu verankern und sie zu einem Erfolgsmodell für Wohlstand und Fortschritt zu machen, wird das Augenmerk in der Zukunft darauf liegen, diese Errungenschaft in einer globalisierten Wirtschaft unter veränderten Bedingungen zu erhalten. Denn mit der Globalisierung von Arbeit gehen andere Berufsbiografien und mit der zunehmenden Digitalisierung veränderte Arbeitsbedingungen einher.

Daneben werden die Herausforderungen der demografischen Entwicklung nur durch vorausschauende, langfristig wirkende und krisensichere Lösungen zu bewältigen sein. Horrorszenarien oder Unterwerfungen unter wechselhafte politische Kalküle sind hierbei nicht zielführend. Die aktuelle Rentendebatte hinsichtlich der Generationengerechtigkeit ist in diesem Zusammenhang ein negatives Beispiel. Die GVG hat daher nicht nur die prioritäre Aufgabe, Antworten auf die oben angesprochenen Problemstellungen zu finden, sondern auch, wie die Finanzierungsbasis der Sicherungssysteme zukunftsfest ausgestaltet werden kann, ohne eine oder gar mehrere Generationen zu überfordern.

Bei der Entwicklung möglicher Szenarien muss die GVG also auch die Kosten in den Sozialsystemen im Blick haben. Für die gesetzliche Krankenversicherung heißt das zum Beispiel, genau hinzuschauen, wohin das erwirtschaftete Geld der Beitragszahler fließt und wofür es ausgegeben wird. Die AOK legt daher großen Wert darauf, dass Versorgungsprozesse im Interesse der Patienten aufeinander abgestimmt und alle Leistungen mit hoher Qualität erbracht werden.

Überdies ist es für die AOK besonders wichtig, dass die Menschen möglichst lange gesund leben. Mit gesundheitsziele.de hat die GVG wiederum eine demokratische Plattform auf den Weg gebracht, auf der sich alle relevanten Gesundheitspartner versammeln, um gemeinsam konkrete Ziele für mehr Gesundheit zu vereinbaren. Dabei wird darauf geachtet, dass die Gesundheit der Menschen von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird. Neben den individuellen Voraussetzungen müssen auch die gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen mit einbezogen werden. Ziel ist, gesunde Lebensverhältnisse zu schaffen, die – unabhängig vom sozialen Status – allen Menschen Entscheidungen für einen gesunden Lebensstil ermöglichen. Bei Einbindung vieler Akteure und vor allem auch politischer Verantwortungsträger im Kooperationsverbund von gesundheitsziele.de kann die Gesundheitsförderung und Prävention somit entscheidend vorangebracht werden. Gemeinsam vereinbarte Ziele können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, auf unterschiedlichen Politikfeldern Maßnahmen für ein gesundes Leben zu ergreifen.

Ein gutes Beispiel dafür ist das Ziel, dass Kinder gesund aufwachsen sollen. Bei dieser sozialen Fragestellung sind alle relevanten Akteure – vom Gynäkologen, über kommunale Partner wie die Jugendhilfe, über Krankenkassen bis hin zur Landes- und Bundespolitik – gemeinsam bereit, mit der Definition konkreter Ziele und Maßnahmen ein durchgängiges, aufeinander aufbauendes System von leicht zugänglichen Angeboten zu entwickeln. Natürlich ist die Abstimmung ein Aushand-

lungsprozess und nicht immer können alle Wünsche umgesetzt werden. Aber die Ergebnisse, die im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, verdeutlichen, welche Maßnahmen die Mitglieder des Kooperationsverbundes untereinander vereinbart haben.

Mit der GVG gibt es eine besondere Plattform, die gesellschaftliche Herausforderungen erkennt. Sie versammelt Akteure, die im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Lösungen entwickeln und vor allem auch umsetzen. Damit ist die GVG nicht nur ein guter Partner der Politik, um entsprechende Rahmenbedingungen zu formulieren, sondern auch ein Gestalter, für den die Wahrung und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit ein elementares Anliegen ist.

Für die Zukunft der GVG wünsche ich mir noch mehr politische Einmischung, wenn es darum geht, die sozialen Sicherungssysteme vor allem auch mit ihren bewährten Selbstverwaltungsstrukturen zu stärken. Das heißt aber für mich im Gegenzug auch, dass die Sozialversicherung immer wieder vor der Herausforderung steht, ihre Handlungsfähigkeit und ihren Gestaltungswillen zu zeigen. Denn es geht um nichts weniger, als die soziale Sicherheit als Stabilitätsfaktor unseres Zusammenlebens zu erhalten. Und genau hier sehe ich auch eine unserer Hauptaufgaben in der GVG, nämlich individuelle Gestaltungsoptionen jenseits immer neuer gesetzlicher Vorschriften der Bundes- und Landespolitik gemeinsam und konsentiert einzufordern.

„MEINE GVG“

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende, GKV-Spitzenverband

Gegründet wurde die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) 1947 in einer Phase, in der Deutschland noch deutlich von der Nachkriegszeit gezeichnet war und politisch wie wirtschaftlich vor richtungsweisenden Entscheidungen stand, unter anderem auch in der Ausgestaltung des Sozialstaates und der sozialen Sicherungssysteme. Die GVG hat den demokratischen Neuanfang Deutschlands sozusagen von Beginn an begleitet und sich seitdem immer wieder wichtigen Themen der sozialen Sicherheit gewidmet. Das Bekenntnis der GVG zu einem pluralistischen und gegliederten Sozialversicherungssystem war und ist von dem Leitgedanken getragen, dass ein stabiles Sozialleistungssystem ein wesentlicher Wegbereiter und Eckpfeiler für das damals neu geschaffene und bis heute bestehende freiheitlich demokratische Staatswesen der Bundesrepublik Deutschland ist.

Seit Ihrer Gründung vor 70 Jahren hat sich die GVG um ihre nationale wie internationale Arbeit zu Fragen der sozialen Sicherungssysteme verdient gemacht. Die Akzeptanz, die die GVG erfährt, ist sicherlich auch damit zu erklären, dass sie für den Dialog zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis eine in Deutschland einmalige Plattform bietet. Gleichzeitig hat die GVG wiederholt ihre Fähigkeit bewiesen, die verschiedenen Perspektiven und Interessen ihrer Mitglieder und Mitgliedsorganisationen – die Spiegelbild unseres gegliederten Sozialsystems sind – im Sinne des praktizierten Konsensprinzips zu einem für alle Beteiligten tragfähigen Ergebnis zusammenzufassen.

Das Bestreben der Gesellschaft, trotz ihrer heterogenen Mitgliederstruktur die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme aktiv mitzugestalten, weist in gewisser Hinsicht auch Parallelen mit dem Selbstverwaltungsprinzip der Sozialversicherung auf. Und gerade in

diesem Jahr des 70-jährigen Bestehens der GVG wird nicht zuletzt durch die gesetzgeberischen Bestrebungen im Rahmen des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes deutlich, dass es wichtig ist, diesen nicht nur für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, sondern für die gesamte Sozialversicherung prägenden Grundsatz zu betonen und die Gestaltung und Weiterentwicklung der Sozialsysteme nicht als eine zunehmende Domäne der Politik hinzunehmen. Denn gerade die Mitwirkung und Konsensfähigkeit der betroffenen Akteure bei der Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme ist nicht nur Ausdruck einer gelebten Demokratie, sondern führt bei widerstreitenden Interessen zu praxistauglichen Ergebnissen und sorgt für eine breite Akzeptanz der gefundenen Lösungen. Diese Stärke unseres Sozialsystems gilt es zu bewahren und zu festigen. Und ich bin froh, dass die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung mit der GVG eine Institution an ihrer Seite weiß, die seit Anbeginn ihres Bestehens ein Verfechter des Selbstverwaltungsprinzips ist.

Ohne Zweifel waren in den sieben Jahrzehnten des Bestehens der GVG auch das Gesundheitssystem und im Speziellen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mehr oder weniger intensiven Phasen der Veränderungen unterworfen: Ging es in der Nachkriegszeit primär darum, die wesentlichen Fundamente der GKV wiederherzustellen, richtete sich der Fokus der Gesundheitspolitik bis Anfang der 1970er Jahre darauf, den Umfang der Leistungsansprüche auszubauen. Ab 1975 begann – hauptsächlich als Folge wirtschaftlicher Turbulenzen – eine Phase der Kostendämpfungsgesetze. Die 1990er Jahre markierten in zweifacher Hinsicht eine Zäsur: Zum einen mündete die zunehmend wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen in die Einführung des freien Kassenwahlrechts. Dies bedeutete gegenüber dem damaligen Status Quo der Zuweisung der Versichertengruppen nicht weniger als einen grundlegenden Systemwandel und gleichzeitig Startschuss für einen bis heute anhaltenden, tiefgreifenden Wandel in der Krankenkassenlandschaft. Zum anderen wurde 1995 die gesetzliche Pflegeversicherung als neuer Sozialversicherungszweig eingeführt und war seitdem Gegenstand von zahlreichen Reformen, die ihren vorläufigen Höhepunkt mit der Einfüh-

rung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Beginn des Jahres 2017 gefunden haben. Zuletzt rückte der Gesetzgeber Qualitätsverbesserungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung stärker in den Mittelpunkt seiner Reformanstrengungen.

Nahezu alle großen gesundheits- und pflegepolitischen Weichenstellungen hat die GVG mit ihrer Ausschussarbeit, der Durchführung öffentlicher Veranstaltungen, der Erarbeitung von wissenschaftlich fundierten und ausgewogenen Stellungnahmen sowie der Herausgabe einer eigenen Schriftenreihe stets sachkundig begleitet. Mit ihrer lebhaften Diskussionskultur und den vielfältigen Beteiligungsmöglichkeiten ihrer Mitgliedsorganisationen gelang es der GVG dabei nicht selten, wertvolle Hinweise und Anregungen zu vermitteln und sich abzeichnende Tendenzen bereits frühzeitig aufzugreifen. Beispielhaft sei hier die von der GVG intensiv geführte fachliche Auseinandersetzung im Vorfeld der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung genannt, mit der wichtige Orientierungsmarken in einer Debatte gesetzt wurden, die selbst für Experten nicht leicht überschaubar war.

Als Zeichen dieser politischen Wertschätzung für die Arbeit der Gesellschaft fanden zuletzt die Ergebnisse des bei der GVG angesiedelten Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de ihren Niederschlag in der Präventionsgesetzgebung. Deshalb ist es auch kein Zufall, dass die organisatorische wie inhaltliche Arbeit der GVG stets auch durch eine enge Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen und deren Verbänden gekennzeichnet war und ist. Auch der GKV-Spitzenverband, dessen Bestehen sich 2017 zum 10. Mal jährt, ist seit seiner Gründung in der GVG vertreten und nutzt diese Plattform, um sich aktiv am Diskurs zur Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme aus Sicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen einzubringen. Da dieser Prozess zunehmend auch von der europäischen Politik überlagert wird, hat sich die GVG aufgrund ihrer Erfahrungen im zwischen- und supranationalen Bereich hier als wertvolles Forum erwiesen, um Fragen der Gesundheitsversorgung aus länderübergreifender und europäischer Perspektive zu diskutieren.

Das 70-jährige Jubiläum der GVG fällt in eine Zeit, in der der Reformdruck in den Sozialsystemen durch gesellschaftliche Veränderungen wie etwa dem demografischen Wandel nach wie vor hoch ist und die rasche Digitalisierung der Gesellschaft auch vor den Sozialversicherungssystemen nicht Halt macht. Der technische Fortschritt eröffnet neue Möglichkeiten, stellt die Sozialsysteme aber auch vor zahlreiche Herausforderungen. Dass die dringende Implementierung moderner Kommunikationsmittel beispielsweise zur Verbesserung der Versorgungsabläufe keine Selbstverständlichkeit ist, macht sich besonders bei der eher schleppenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der ihr zugrunde liegenden Telematikinfrastruktur bemerkbar. Die GVG hat auf diesem Gebiet in ihren Ausschusssitzungen und öffentlichen Veranstaltungen wiederholt auf die großen Potenziale einer funktionierenden und sicheren Telematikinfrastruktur sowie darauf aufsetzender eHealth-Anwendungen hingewiesen. Dabei richtete die Gesellschaft ihr Augenmerk auch immer wieder über unsere nationalen Grenzen hinweg, um bei der Identifizierung von Best-Practice-Beispielen Impulse für die Umsetzung in Deutschland zu geben.

Ich bin mir sicher, dass sich die GVG auch in Zukunft immer wieder Gehör verschaffen wird, wenn relevante sozialpolitische Themenfelder in gewohnt fachlicher, interdisziplinärer und politisch verwertbarer Form aufgegriffen werden. Dies setzt voraus, dass sich die GVG ihre Fähigkeit bewahrt, ihre Arbeit und Organisation den Zukunftsthemen für die sozialen Sicherungssysteme anzupassen. Gegenwärtig befindet sich die GVG diesbezüglich in einer Phase der Neuaufstellung. Die mittlerweile fast abgeschlossene Neupositionierung geht in die richtige Richtung, um im Sinne einer Vordenkerin neue Akzente in der sozial- und gesundheitspolitische Debatte zu setzen. Ein weiteres wichtiges Signal ist sicherlich auch der Umzug der GVG an den neuen Standort in Berlin. In unmittelbarer Nachbarschaft zum Bundestag und den Bundesministerien rückt die GVG damit räumlich in das politische Entscheidungszentrum der Bundesrepublik. Damit sind beste Vorausset-

zungen geschaffen, um die Wahrnehmung der Gesellschaft deutlich zu erhöhen und den direkten Austausch mit den maßgeblichen Akteuren in der Sozialpolitik weiter zu intensivieren.

Ich freue mich, im Jahr des 70-jährigen Bestehens der GVG diese Neuausrichtung durch mein Mitwirken in den Ausschüssen begleiten zu dürfen und damit auch ein Stück weit zum Erfolg einer in Zukunft weiterhin schlagkräftigen GVG beizutragen.

DIE GVG ALS KOORDINATIONSPLATTFORM DER WESENTLICHEN AKTEURE DES DEUTSCHEN ALTERSSICHERUNGSSYSTEMS

Gudula Roßbach, Präsidentin, Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) bietet seit ihrer Gründung vor nun 70 Jahren den wesentlichen institutionellen Akteuren des Sozialen Sicherungssystems in Deutschland die Möglichkeit des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit. Dies gilt für den Bereich des Gesundheitswesens und der Unfallversicherung in gleicher Weise wie für die Alterssicherung. Charakteristisch ist für die Mitgliederstruktur der GVG, dass sowohl die Sozialversicherungen als auch die Verbände betrieblicher und privatwirtschaftlicher Sicherungseinrichtungen und – soweit es den Bereich des Gesundheitswesens betrifft – auch die Verbände der Leistungserbringer in der GVG vertreten sind.

Für die Institutionen der Alterssicherung bedeutet das konkret, dass nicht nur die gesetzliche Rentenversicherung und Einrichtungen der übrigen Systeme der obligatorischen Alterssicherung – namentlich der Landwirtschaftlichen Alterssicherung und der Berufsständischen Versorgungswerke – Mitglieder in der GVG sind, sondern darüber hinaus auch die Verbände der Betrieblichen Altersversorgung und der Privaten Vorsorge. Die gesetzliche Rentenversicherung war lange Zeit sogar mit zwei Institutionen in der Gesellschaft vertreten, nämlich mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Seit der Organisationsreform der Gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2005 ist die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) – als Ergebnis der Fusion von BfA und VDR – alleiniger Vertreter in der GVG.

Die Alterssicherung war von Beginn an einer der inhaltlichen Schwerpunkte, mit denen sich die GVG beschäftigt hat, und dies ist bis heute

so geblieben. Das zeigt sich exemplarisch an den Themen, die in der Schriftenreihe aufgegriffen wurden, die die Gesellschaft seit den frühen 1980er Jahren herausgegeben hat. Schon zwei der ersten vier Bände dieser Schriftenreihe befassten sich mit Fragen der Alterssicherung („Anforderungen an eine Reform der Altersversorgung der Frau und der Hinterbliebenen“ und „Kapitalbildung und Altersvorsorge“). Auch in der Folge erschienen regelmäßig Bände zu Fragen der Alterssicherung, die die jeweils aktuellen Diskussionen zeitnah aufgegriffen haben. Themen waren zum Beispiel die „Steuerliche Behandlung der Alterseinkünfte“ (1987), die „Flexibilisierung der Altersgrenzen“ (1988), „Die soziale Dimension des Europäischen Binnenmarktes“ (1990) oder „Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung“ (1999).

Aus Sicht der DRV ist die GVG dabei keinesfalls nur ein Forum für den Austausch von Informationen und Positionen, sondern darüber hinaus immer wieder auch eine Plattform für die Koordinierung der Akteure im Drei-Säulen-System der Alterssicherung. Dies gilt in doppelter Hinsicht: Zum einen können im Rahmen der GVG gemeinsame Positionen der Vertreter von gesetzlicher Alterssicherung, betrieblicher Altersversorgung und privater Altersvorsorge für eine sachorientierte Weiterentwicklung des deutschen Alterssicherungssystems formuliert werden. Die GVG ist insoweit eine Art „interne Koordinierungsplattform“ der wesentlichen Akteure des deutschen Alterssicherungssystems zu sozialpolitischen, die Alterssicherung betreffenden Fragestellungen. Zum anderen kann im Rahmen der GVG aber auch eine von den Vertretern der drei Säulen gemeinsam getragene Darstellung und Positionierung des deutschen Alterssicherungssystems gegenüber ausländischen oder übernationalen Akteuren formuliert werden. Die GVG ist deshalb auch eine Koordinierungsplattform für die Außendarstellung des Deutschen Alterssicherungs-, oder – noch weiter gefasst – des deutschen Sozialsystems. Beide Funktionen, die der „internen“ und die der „externen“ Koordinierungsplattform, sind aus Sicht der DRV wichtig; beide sind in der Vergangenheit erfolgreich genutzt worden.

Ein Beispiel für die Nutzung der GVG als „interne“ Koordinierungsplattform ist der Prozess zur Entwicklung einer säulenübergreifenden Vorsorgeinformation. Spätestens seit der Implementierung des Leitbildes der „Lebensstandardsicherung aus mehreren Säulen“ im Rahmen der Rentenreformen in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts ist die Information darüber, welche Ansprüche aus den einzelnen Säulen der Alterssicherung im Alter zu erwarten sind, für die Versicherten eine wichtige Basis für die individuellen Vorsorgeentscheidungen. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung versenden deshalb seit Mitte der 1990er Jahre einmal jährlich eine entsprechende Renteninformation mit Auskünften über die zu erwartenden Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung an ihre Versicherten. Vergleichbare Mitteilungen gibt es inzwischen auch von vielen Anbietern aus dem Bereich der zweiten und dritten Säule der Alterssicherung. Deshalb wird in der GVG bereits seit mehr als 10 Jahren intensiv darüber beraten, ob und wie sich eine gemeinsame Altersvorsorgeinformation gestalten ließe, in der Angaben zu den individuell zu erwartenden Leistungen aus allen drei Säulen zusammengefasst werden. In diesem Prozess wurde – nicht zuletzt wegen der großen Fachkompetenz der in der GVG vereinigten Akteure – schnell deutlich, dass vor der Realisierung einer solchen „säulenübergreifenden Vorsorgeinformation“ weitaus höhere methodische und fachliche Hürden zu nehmen sind, als in Politik und Medien gemeinhin vermutet. Dennoch gelang es in den entsprechenden Arbeitsgruppen der GVG, in vielen zunächst offenen Fragen zu Lösungen zu kommen, die von allen Beteiligten mitgetragen wurden. Zwar ist es bislang letztlich noch nicht zu der erhofften abschließenden Vereinbarung gekommen; bei allen Unwägbarkeiten jedoch ist davon auszugehen, dass nur die in der GVG versammelten Akteure mit ihrem gebündelten Fachwissen eine zufriedenstellende Lösung finden werden.

Exemplarisch für die wichtige Funktion der GVG als Koordinierungsplattform für die Außendarstellung des deutschen Sozialsystems waren sicher die Jahre nach dem Mauerfall und den politischen Umwälzungen in den Ländern Mittel- und Osteuropas. Diese Staaten suchten

angesichts der Transformation ihrer Wirtschaftssysteme von plan- zu marktwirtschaftlichen Ordnungen Orientierungspunkte für die entsprechende Umgestaltung ihrer Sozialen Sicherungssysteme. Seinerzeit ist es den Akteuren des bundesdeutschen Sozialsystems geradezu vorbildlich gelungen, unter dem Dach der GVG eine einheitliche und umfassende Präsentation der Institutionen und Wirkungsweisen des deutschen Sozialstaates zu entwickeln und den Ländern Mittel- und Osteuropas vorzustellen. Zweifellos war diese Gesamtpräsentation, wie sie nur der GVG möglich war, weitaus wirkungsvoller, als wenn etwa die einzelnen Zweige der Sozialversicherung oder gar einzelne Träger unabgestimmt dem großen Informations- und Beratungsbedürfnis aus jenen Ländern gegenüber gestanden hätten.

Viele andere Beispiele ließen sich zum Beleg dafür anführen, dass die GVG als Koordinierungsplattform der Akteure des Sozialen Sicherungssystems sowohl für die interne, als auch die externe Diskussion eine wichtige Bedeutung hat. Vergleichbare Ergebnisse wären durch bilaterale Abstimmungen zwischen den einzelnen Trägern und Institutionen nicht oder nur mit vielfach höherem Aufwand erreichbar. Wäre die GVG nicht bereits seit 70 Jahren ein fester Bestandteil der bundesdeutschen Sozialpolitik – man müsste sie schleunigst ins Leben rufen. Für die DRV ist die GVG jedenfalls ein wichtiger Partner für die sozialpolitische nationale und internationale Diskussion. Die DRV wird sich daher auch künftig aktiv in die GVG einbringen.

ALTERSSICHERUNG GEMEINSAM ZUKUNFTSFÄHIG GESTALTEN!

Dr. Peter Schwark, Mitglied der Geschäftsführung, Gesamtverband
der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Wichtige Plattform für den rentenpolitischen Diskurs nutzen

Die Gründung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) vor 70 Jahren war ein visionärer Schritt in einer Zeit, die geprägt war von Mangel, Rationierung und Improvisation. Die GVG ist älter als die Bundesrepublik Deutschland und unser Grundgesetz, als unser Währungssystem und unsere sozialen Sicherungssysteme, wie wir sie heute kennen. Sie ist eng verbunden mit der zur selben Zeit weiterentwickelten Sozialen Marktwirtschaft und steht bis heute für Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus in der Sozialen Sicherheit.

Eine Kernaufgabe der GVG lag von Anfang an darin, den Aufbau der Alterssicherungssysteme mit zu begleiten und zu gestalten. Bereits in den 1950er Jahren bildeten ihre Vorschläge für eine Neuausrichtung der sozialen Rentenversicherung eine Diskussionsgrundlage für die erste große Rentenreform 1957. Die Fragen zur Weiterentwicklung des Alterssicherungssystems, mit denen sich die GVG seitdem beschäftigt, sind unverändert aktuell: die Einbeziehung von Selbstständigen in die gesetzliche Rente, die systemgerechte und nachhaltige Finanzierung von Leistungen der gesetzlichen Rente und vor allem auch die Mehrgliedrigkeit des Alterssicherungssystems mit einer starken umlagefinanzierten ersten Säule und einer stabilen kapitalgedeckten, ergänzenden Altersvorsorge – immer auch mit der Lebensversicherung als integralem Bestandteil.

Die Versicherungswirtschaft trägt seit Generationen erhebliche Verantwortung für die Absicherung der Menschen im Alter. Zuletzt bestanden rund 90 Millionen Verträge bei Lebensversicherungsunternehmen, Pensionskassen und Pensionsfonds. Davon sind über 15 Millionen der betrieblichen Altersversorgung (bAV) zuzurechnen. Rentenversicherungen haben mit rund 40 Millionen Verträgen eine große Bedeutung erlangt. Insgesamt leistet die Versicherungswirtschaft damit einen erheblichen Beitrag zur Verbreitung der ergänzenden Vorsorge.

Als fester Bestandteil des Alterssicherungssystems in Deutschland engagiert sich die Versicherungswirtschaft seit vielen Jahrzehnten in der GVG. Auch im neuen Leitbild der Gesellschaft haben die Mitglieder festgehalten, dass die GVG die Konsensplattform für soziale Sicherheit in Deutschland bleibt. Trotz aller auch unterschiedlichen Positionen zur Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme besteht Einigkeit bei den Beteiligten, dass notwendige Reformen vor allem dann dauerhaft tragfähig sind, wenn sie sorgfältig austariert und dann von einer breiten Mehrheit getragen werden. Das gilt umso mehr für die Altersvorsorge, die die Menschen ein Leben lang begleitet.

Gesetzliche Rentenversicherung nachhaltig stabilisieren

Das GVG-Jubiläum fällt in ein Jahr mit einer Bundestagswahl und zudem in eine Zeit, in der wieder stärker um die Ausrichtung der Rentenpolitik in Deutschland gerungen wird. Rund 15 Jahre nach der Verabschiedung der richtungsweisenden Renten-Reformen werden Stimmen lauter, die sich für eine Umkehr der Reformen aussprechen. Die Politik diskutiert – nicht zuletzt angesichts einer derzeit konjunkturell gut gefüllten Rentenkasse – unter dem Schlagwort „doppelte Haltelinie“ bei Niveau und Beitragssätzen in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), welche Zielmarken hier bis zum Jahr 2045 nicht unterschritten werden dürfen – mit deutlich höheren Werten, als bislang bis zum Jahr 2030 vorgegeben.

Es ist gut, dass die Bundesregierung bei ihren rentenpolitischen Überlegungen inzwischen den Blick weiter in die Zukunft richtet. Auch ist die Forderung nach einem höheren Rentenniveau in innenpolitisch bewegten Zeiten durchaus zu verstehen. Dass die Einnahmen der GRV wegen der stabilen Konjunktur und des gut laufenden Arbeitsmarktes zuletzt stark gewachsen sind, darf aber nicht über die erheblichen demografischen Herausforderungen hinwegtäuschen, denen sich die GRV unverändert gegenüber sieht. Die mit den Riester-Reformen eingeleitete einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, die langfristig zur Stabilisierung der Beitragssätze und zur Nachhaltigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung führen sollte, würde bei der Umsetzung der neuen Vorschläge faktisch aufgekündigt – mit erheblichen Risiken für künftige Generationen. Zudem gilt es, die Gesamtbelastung mit Sozialversicherungsbeiträgen im Blick zu halten: Im Jahr 2045 werden sich diese auf rund 50 Prozent addieren. Denn auch die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden demografisch bedingt stark steigen.

Rentenniveaupolitik hilft außerdem nicht gegen Altersarmut: Eine Erhöhung des Rentenniveaus erhöht die Renten proportional für alle. Davon profitieren besonders die nicht-bedürftigen Rentnerinnen und Rentner, die erfreulicherweise den ganz überwiegenden Teil stellen. Hätte man im Jahr 2014 das Brutto-Rentenniveau auf das Level im Jahr 2001, also rund 52 Prozent, angehoben, wären Mehrausgaben von rund 20 Milliarden Euro pro Jahr angefallen. Diese hätten zu 80 Prozent Rentenbezieher oberhalb der Grundsicherungsschwelle erreicht.

Altersarmut entsteht überwiegend durch Lücken in der Erwerbshistorie und Unterbrechungen der Vorsorge. Die Absicherung von Selbstständigen bleibt daher ein sozialpolitisch wichtiges Thema. Zu warnen ist aber vor einer allgemeinen Versicherungspflicht in der GRV für alle Selbstständigen, die keiner Versicherungspflicht unterliegen. Zu offensichtlich wird hier von Vielen auf einen kurzfristigen Einnahmeeffekt gesetzt, dem aber langfristige Ausgaben gegenüberstehen. Entschei-

dend ist, dass die Betroffenen ziel- und bedarfsgerecht für ihr Alter vorsorgen. Dazu sollten Selbstständige den Sicherungsträger frei wählen können. Zumindest sollten dauerhafte Befreiungsmöglichkeiten zugunsten der kapitalgedeckten Alterssicherung geschaffen werden, also nicht nur für bestimmte Altersjahrgänge und nicht nur für einen Übergangszeitraum. Die so genannte Basis- bzw. Rürup-Rente könnte hier eine Schlüsselrolle spielen.

Die gesetzliche Rente wird auch in Zukunft eine starke Säule der Alterssicherung sein. Es muss aber gelingen, sie dauerhaft tragfähig zu gestalten. Ein austarierter Mix zwischen moderat steigendem Beitragsatz, sinkendem Rentenniveau und perspektivisch längeren Arbeitszeiten bei weiter steigender Lebenserwartung hilft, die demografischen Lasten gleichmäßiger auf Alt und Jung zu verteilen. Dabei wäre schon viel erreicht, wenn die Menschen tatsächlich bis zum Alter von 67 Jahren arbeiten würden. An diesem seinerzeitigen Konsens sollte nicht gerüttelt werden.

Betriebliche Altersversorgung stärken

Eine stabile, umlagefinanzierte gesetzliche Rente braucht ergänzend ein lebenslanges Alterseinkommen aus kapitalgedeckter Vorsorge, um Altersarmut zu vermeiden und bestenfalls den Lebensstandard im Alter zu sichern. Immerhin gut 70 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten haben heute eine Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung oder auf Leistungen aus einem Riester-Vertrag. Die Verbreitung von privater und betrieblicher Altersvorsorge kommt aber nicht mehr richtig voran. Ohne Zweifel drückt die anhaltende Niedrigzinsphase auf die zusätzliche Altersvorsorge. Die Konsequenz darf aber nicht sein, den eingeschlagenen richtigen Kurs für mehr kapitalgedeckte Vorsorge wieder zu verlassen.

Die Weiterentwicklung der bAV wird bereits seit einiger Zeit diskutiert, auch bei der GVG. Gemeinsames Ziel ist es, die Betriebsrenten in der

Breite zu stärken und dabei vor allem kleine und mittlere Unternehmen (KMU) sowie Geringverdiener besser zu erreichen. Ende letzten Jahres hat die Bundesregierung ein Betriebsrentenstärkungsgesetz vorgelegt. Insbesondere die Vorschläge zur besseren steuerlichen Förderung gehen in die richtige Richtung und werden überwiegend konsensual getragen. Dazu gehört die Ausweitung des steuerlichen Dotierungsrahmens auf künftig acht Prozent der Beitragsbemessungsgrenze genauso wie das Paket für Geringverdiener mit einem gezielten Zuschuss und angemessenen Freibeträgen in der Grundsicherung im Alter.

Welchen Beitrag das „Sozialpartnermodell Betriebsrente“ leisten kann, bei dem gezielte Sonderregelungen für die Tarifpartner umgesetzt werden sollen, muss die Praxis zeigen. Tarifverträge spielen ohne Frage eine wichtige Rolle zur Stärkung der Betriebsrenten. Gerade KMU würden damit aber zu oft nicht erreicht, denn sie unterliegen häufig sehr bewusst keinem Tarifvertrag. Wenn also Instrumente als wirksam für die Verbreitung von Betriebsrenten anerkannt werden, sollten diese auch auf Betriebsebene und nicht nur für Tariflösungen gelten, wie zum Beispiel Modelle der automatischen Entgeltumwandlung mit Opting-out-Möglichkeit für die Beschäftigten. Wichtig ist in jedem Fall, dass bestehende Betriebsrentenmodelle durch mögliche neue Regelungen nicht beschädigt werden, sonst wäre nichts gewonnen.

Ein wichtiges Thema bleibt der Umgang mit Garantien. Auch vor dem Hintergrund des anhaltenden Niedrigzinsumfeldes wird diskutiert, diese bei neuen Tarifmodellen auszuschließen. So notwendig es ist, bessere Renditechancen zu nutzen, so wichtig ist im Sinne der Planbarkeit von Altersvorsorge, ein Mindestmaß an Absicherung zu ermöglichen. Weder ein Garantieverbot noch ein Garantiezwang wären hier der richtige Weg. Ein Garantieverbot in Kombination mit einer reinen Beitragszusage des Arbeitgebers wäre aber sozialpolitisch in jedem Fall äußerst fragwürdig, weil es Arbeitnehmer selbst in der Rentenphase den Schwankungen der Kapitalmärkte aussetzen würde, ohne dass sie sich dagegen absichern können.

Riester-Rente weiterentwickeln

Es ist dringend notwendig, neben der bAV auch die private Vorsorge zu stärken. Die jetzt vorgesehene – wenn auch nur geringfügige – Anhebung der Riester-Grundzulage hat symbolische Wirkung. Damit unterstreicht die Bundesregierung, dass sie weiterhin zur Riester-Rente steht. Diesem Schritt müssen weitere folgen. Dazu gehört die Anpassung des starren förderfähigen Höchstbetrags von 2.100 Euro. Schon heute können 15 Prozent der Kunden nicht die seinerzeit vorgesehenen vier Prozent ihres versicherungspflichtigen Einkommens in ihren Riester-Vertrag einzahlen, um so die entstehenden Lücken in der gesetzlichen Rentenversicherung auszugleichen. Dieses Problem betrifft jedes Jahr mehr Menschen, die mit Riester vorsorgen.

Die Riester-Rente muss außerdem mehr Menschen erreichen und flexiblen Erwerbsbiografien besser Rechnung tragen. Das gilt vor allem auch für Frauen, die nach wie vor familienbedingt oft unsteter und diverser arbeiten. Künftig sollten deshalb alle unbeschränkt steuerpflichtigen Personen (zum Beispiel [Solo-]Selbstständige) gefördert werden können.

Das Zulagenverfahren kann vereinfacht werden. So sollte die Zulagenstelle ZfA zum Beispiel die Voraussetzungen für die Zulagengewährung abschließend vor der Auszahlung prüfen. Damit könnten künftig Zulagenrückforderungen vermieden und der Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten erheblich reduziert werden. Gerade hier liegt außerdem eine Stellschraube für sinkende Kosten.

Orientierung in der Altersvorsorge verbessern

Ein großer Teil der Bevölkerung ist über die im Alter zu erwartenden Leistungen, insbesondere über mögliche Versorgungslücken, nur unzureichend informiert. Um Transparenz und Orientierung in der Altersvorsorge im Sinne eines Gesamtüberblicks zu verbessern, sollten Infor-

mationen aus allen drei Säulen der Alterssicherung übersichtlich und nutzerfreundlich zusammengeführt werden. Dies gelingt am besten mit einer Internet-basierten, säulenübergreifenden Renteninformation wie es sie etwa in Dänemark schon gibt. Hier sind noch einige Herausforderungen auch im Bereich Datenschutz zu lösen, um die Plattform sicher, unkompliziert, technisch praktikabel und kostenbewusst umzusetzen.

Die GVG hat diese Diskussion in den vergangenen Jahren maßgeblich mit vorgebracht. Das Projekt steht exemplarisch für den konstruktiv-kritischen Dialog im Rahmen dieser Stakeholder-Dialog-Plattform und zeigt, dass es sich lohnt, Sachverstand zu bündeln und gemeinsam an großen sozialpolitischen Aufgaben zu arbeiten.

EIN VERBUNDTRÄGER KANN IN BESONDEREM MASSE VON DER GVG PROFITIEREN

Gerhard Sehnert, Geschäftsführer, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Die SVLFG ist das einzige Mitglied der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), das vier Sozialversicherungszweige repräsentiert, nämlich Kranken- und Pflegeversicherung, Unfall- und Rentenversicherung. Sie orientiert sich vor allem mit ihren innovativen Seminarangeboten an den Arbeitsergebnissen und Empfehlungen der GVG. Insofern profitiert die SVLFG als aktives GVG-Mitglied von den Konsenspositionen zu wichtigen Reform- und Zukunftsfragen.

Die spezifischen Kursangebote der SVLFG nehmen konsentrierte Gesundheitsziele auf, sind wissenschaftlich fundiert und werden von Politik und Ehrenamt wertgeschätzt. Dem Credo der GVG entsprechend, nach differenzierten und jeweils passgenauen Lösungen in Fragen der sozialen Sicherung zu streben, legt die SVLFG besonderen Wert auf Angebote und Leistungen zu spezifischen Bedarfen. Beispielhaft seien an dieser Stelle drei Gesundheitsangebote der SVLFG genannt, die sich in hohem Maße im Einklang mit den Leitsätzen und Grundgedanken der GVG befinden. Es handelt sich in zwei Fällen um mehrtägige Präsenzseminare zu Aspekten der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die für die Versicherten relevant sind. Das dritte Angebot ist ein äußerst erfolgreicher Kurs im Rahmen einer der größten und innovativsten Sturzpräventionskampagnen weltweit.

Die Seminare entsprechen alle dem Verbundcharakter des Sozialversicherungsträgers und sind grundsätzlich übergreifend, also für alle Sozialversicherungszweige, ausgelegt.

Betriebsübergabe – ein Gesundheitsthema

Die geordnete Betriebsübergabe an einen Nachfolger – eine zentrale Voraussetzung zum Erhalt einer Rente von der SVLFG – kann zur existenziellen Frage sowohl für den Betrieb als auch für die Eigentümer-Familie werden. Eine unregelmäßige Betriebsübergabe führt nach den Ergebnissen einer umfangreichen Versichertenbefragung häufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Handlungsbedarf besteht somit nicht nur steuer- und erbrechtlich, gesellschaftspolitisch und betriebswirtschaftlich, sondern auch im Hinblick auf die Gesundheit der Beteiligten. Was wird aus meinem Lebenswerk? Wie kann ich mich stressfrei und in einem harmonischen Miteinander weiterhin einbringen? Was sind Alternativen zur Mitarbeit im Betrieb? Viele Fragen stellen sich bei einer Betriebsübergabe und können letztendlich große Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Deshalb bietet die SVLFG ihren Versicherten bundesweit ein Seminar an, das vor allem die emotionale Seite der Betriebsübergabe aufgreift. Die Entwicklung, Qualitätssicherung und Evaluation des Angebotes wurde durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert. Um eine Betriebsübergabe auch emotional gut zu regeln, braucht man Zeit und Raum zum Reden, Zuhören und Nachdenken. Den Anstoß dazu soll das Betriebsübergabeseminar mit seinen verschiedenen Bausteinen geben. Jeder, der bei der SVLFG (als Landwirtschaftliche Krankenkasse) versichert ist und eine Betriebsübergabe plant oder bereits vollzogen hat, kann teilnehmen. Das Betriebsübergabeseminar dauert vier Tage inklusive drei Übernachtungen. Die Teilnehmer haben eine Eigenbeteiligung zu tragen.¹

1 Dr. Christian Hetzel, Betrieb übergeben und gesund leben – Evaluation eines Angebots der SVLFG, in: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (Herausgeberin), Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft, Seite 158-193, Heft 2/2013.

Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige

Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland steigt kontinuierlich. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, irgendwann pflegebedürftig zu werden. Fast alle Betroffenen wünschen sich, auch dann noch in ihrer gewohnten Umgebung und bei vertrauten Menschen leben zu können. In der Versichertengemeinschaft der SVLFG ist die Bereitschaft zur Pflege in der Familie traditionell besonders hoch. Deshalb werden häufiger Angehörige zuhause gepflegt als im restlichen Teil der Bevölkerung. Die pflegenden Angehörigen leisten diese Arbeit zusätzlich zu ihren Aufgaben in Betrieb und Haushalt. Sie werden häufig als „verborgene Patienten“ bezeichnet. Die Beeinträchtigungen auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene sind vielfältig. Tatsächlich wird jedoch der Fokus häufig auf den Pflegebedürftigen gerichtet und der pflegende Angehörige dabei aus den Augen verloren. Ziel der SVLFG ist es daher, die körperliche und seelische Gesundheit der Pflegenden zu erhalten. Aus diesem Grund bietet sie Trainings- und Erholungswochen für pflegende Angehörige an. Sie erhalten dort Tipps zur Pflege – aber auch, wie sie etwas für ihre eigenen Bedürfnisse tun können. Die Kernziele der Trainings- und Erholungswoche sind: Qualität der häuslichen Pflege verbessern (zum Beispiel richtige Ernährung für Pflegebedürftige), Belastungen der Pflegenden vorbeugen, Gesundheit der Pflegenden fördern, Hilfe zur Selbsthilfe leisten (zum Beispiel Aufbau von Selbsthilfegruppen), Leistungen der Pflegekasse kennenlernen. Während dieser Woche ist es möglich, den Pflegebedürftigen im Rahmen einer Kurzzeitpflege in einer Einrichtung oder im Rahmen der Verhinderungspflege zu Hause von anderen Familienmitgliedern, Nachbarn oder Mitarbeitern einer Sozialstation versorgen zu lassen. Die SVLFG als Pflegekasse unterstützt die Teilnehmer dabei durch individuelle Beratung und gewährt Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Teilnehmen können Personen, die einen Angehörigen, Nachbarn oder Freund pflegen, der Anspruch auf Leistungen aus der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung oder Anspruch auf Leistungen aus der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls) hat, sowie Pflegepersonen, die selbst in der land-

wirtschaftlichen Kranken-/Pflegeversicherung versichert sind – unabhängig davon, ob der Pflegebedürftige bei der SVLFG versichert ist. Auch hier ist eine Eigenbeteiligung pro Teilnehmer zu tragen. Eine wissenschaftliche Evaluation hat die Wirksamkeit bestätigt.²

Sturzprävention – Trittsicher durchs Leben

„Trittsicher durchs Leben“ heißt ein weiteres Gesundheitsangebot der SVLFG, das dazu beitragen soll, das Sturzrisiko älterer Menschen – und damit das größte Risiko für Pflegebedürftigkeit – zu reduzieren. Es wurde in Kooperation der SVLFG mit dem Deutschen LandFrauenverband (dlv), dem Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart (RBK) und dem Deutschen Turner-Bund (DTB) entwickelt. Mit dem Projekt soll insbesondere im ländlichen Raum ein Bewegungsangebot etabliert werden, das es älteren Menschen dauerhaft ermöglicht, etwas für ihre Gesundheit zu tun, um auch im höheren Lebensalter selbstständig und mobil zu bleiben.

Stürze sind häufig der Beginn der Pflegebedürftigkeit. Ein Drittel aller älteren Menschen über 65 Jahre stürzt mindestens einmal im Jahr, nicht selten mit der Folge schwerer Frakturen. So entstehen nicht nur hohe Kosten im Gesundheitssystem, sondern die Betroffenen und deren Angehörige erfahren auch sehr viel Leid. Die LandFrauen organisieren in der Regel die Trittsicher-Bewegungskurse vor Ort. Unterstützt von den ortsansässigen Sportvereinen oder Physiotherapiepraxen führen entsprechend ausgebildete Übungsleiter die Kurse durch. Jeder kann teilnehmen. Die Vernetzung der Akteure vor Ort ermöglicht es, ein qualitativ hochwertiges Angebot im ländlichen Raum und im nahen Umfeld der Zielgruppe zu organisieren. Der Zugang zu den Kursen ist unbürokratisch. In ausgewählten Pilotregionen werden ältere Versi-

2 Dr. Christian Hetzel, Evaluation des SVLFG-Gesundheitsangebots „Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige“, in: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (Herausgeberin), Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft, Seite 5-8, Heft 1/2016.

cherte der SVLFG aktiv angesprochen und ermuntert, an dem Programm teilzunehmen. Seit September 2015 werden die Versicherten kontaktiert, die aufgrund eines erhöhten Risikos besonders von dem Programm profitieren dürften. Dieser „Case Finding“-Ansatz unter Einbeziehung von Telezentren ist im Zusammenhang mit Sturzgeschehen und Knochengesundheit in Deutschland vollkommen neu. Die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse ist daher in diesem Themenfeld Vorreiterin. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und schließt eine Vor-Ort-Beratung durch den Technischen Aufsichtsdienst der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft ein (weitere Informationen dazu unter www.trittsicher.org sowie www.svlfg.de).

Die GVG bleibt für die SVLFG – wie in den vergangenen Jahrzehnten – ein willkommenes Forum des Austausches von innovativen Ideen. Gerade für eine selbstverwaltete, im Sinne einer umfassenden sozialen Absicherung agierende Institution ist die GVG mit ihrer Mitgliedervielfalt und ihren Grundwerten Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus für die SVLFG sehr hilfreich.

„MEINE GVG“

Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Universität Münster

Im Jahr 1989 geschah eine Zeitenwende, die Europa und die Welt veränderte. Das System der kommunistischen / sozialistischen Staaten – gesteuert durch die Sowjetunion – brach zusammen. Dieses Konzept für eine Gesellschaftsordnung hatte sich als untauglich erwiesen und die betroffenen Staaten standen vor der Aufgabe, ihr Sozial- und Wirtschaftssystem umzustellen. Zugleich vollzog sich eine Staatenbildung. Die Sowjetunion zerfiel in eine Reihe von Staaten, die Tschechoslowakei spaltete sich in Tschechien und die Slowakei auf und Jugoslawien rutschte in einen blutigen Bürgerkrieg, aus dem am Ende sechs neue Staaten hervorgingen. Die meisten Staaten des früheren Ostblocks haben einen bemerkenswerten Transformationsprozess hinter sich gebracht, neun Länder sind inzwischen Mitglieder der Europäischen Union geworden und einige haben die Gemeinschaftswährung Euro übernommen.

Zwischen 1989 und heute hat sich eine Entwicklung zugetragen, die aus der Sicht des Jahres 1989 außerordentlich bemerkenswert ist. Dies mag an einem persönlichen Beispiel deutlich werden. Meinen ersten Einsatz für die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) in den sogenannten Transformationsländern hatte ich in Lettland. Wir fanden ein Land vor, das sich nach 50 Jahren aus sowjetischer Herrschaft befreit hatte, nun aber eine eigene Staatlichkeit und damit auch ein eigenes Sozialsystem erst wieder aufbauen musste. Meinen letzten internationalen Einsatz hatte ich in einem Team deutscher und lettischer Experten in Aserbaidschan, das außerordentlich gut und auf hohem Niveau zusammenarbeitete.

Die GVG hat sich in diesem Transformationsprozess sehr frühzeitig engagiert und damit eine wichtige Arbeit geleistet, zu der ich meinen

Beitrag leisten durfte. Im wirtschaftlichen Bereich waren die ersten Jahre geprägt von radikalen Umwälzungen, die für viele Menschen in diesen Ländern fast alles in Frage stellten, was sie bisher gewohnt waren. Umso wichtiger war es, diesen Prozess von Beginn an zu begleiten durch den Umbau des bisherigen beziehungsweise den Aufbau eines neuen sozialen Sicherungssystems. Diese Aufgabe war eine so noch nie dagewesene und dementsprechend auch außerordentlich herausfordernd.

Eine Beratung in einem solchen Transformationsprozess kann nicht darin bestehen, das eigene heimatliche System zu preisen und seine Übertragung zu empfehlen. Wer das tut, legt damit die Basis für ein Scheitern. Diese Staaten haben eine lange Geschichte und hatten aus der Zeit vor dem Kommunismus zumeist soziale Sicherungssysteme, an die man jetzt wieder anknüpfen konnte; zum Teil hat man diese auch modifiziert fortgeführt. Alle sozialistischen Staaten hatten soziale Sicherungssysteme, die den Besonderheiten der Gesellschaftsordnung Rechnung trugen. Die Bevölkerung dieser Staaten hat über Jahrzehnte in und mit diesen Systemen gelebt, was zu einem Gewöhnungsprozess geführt hat. Angesichts der weitgehenden Isolation dieser Staaten vom „nicht-sozialistischen Ausland“ waren die Mechanismen des „neuen“ Wirtschafts- und Gesellschaftssystems nur begrenzt geläufig. Auch war ein technologischer Rückstand bei der Verwaltung der sozialen Sicherungssysteme feststellbar.

All dies bedeutete, dass für jedes Land maßgeschneiderte Lösungen gefunden werden mussten. Im Bereich der Krankenversicherung war unter anderem zu berücksichtigen, dass eine Umstellung von freier Gesundheitsfürsorge für alle auf ein Sozialversicherungssystem bei den Betroffenen Befremden auslösen konnte, da sie nunmehr für etwas bezahlen mussten, was zuvor Teil der Fürsorge des Staates war. Im Bereich der Alterssicherung war es zumeist unvermeidlich, unmittelbar an das Bestehende anzuknüpfen und bestehenden Anwartschaften Rechnung zu tragen. Eines vollständigen Neuaufbaus bedurfte es in

der Arbeitslosenversicherung, da die zuvor bestehende Ideologie das Vorhandensein von Arbeitslosigkeit negiert hat und faktisch Arbeit für alle garantierte.

Hatte man sich einmal für ein Sozialversicherungssystem entschieden, so ergab sich in der Folge das Problem des Beitragseinzugs. Vermeidungsstrategien der unterschiedlichsten Art führten – und führen in einigen Ländern auch noch heute – dazu, dass im besten Fall 70 Prozent der geschuldeten Beiträge tatsächlich abgeführt wurden. Ursache war nicht selten auch eine unzureichende Verwaltungsstruktur. Die Staaten stehen dann vor der Frage, ob sie – wie in Deutschland – jedem Versicherten einen Leistungsanspruch einräumen – ohne Rücksicht darauf, ob die Beiträge eingezahlt sind – oder ob sie den Leistungsanspruch an die erfolgte Beitragszahlung knüpfen, da anderenfalls bei diesen Dimensionen die Finanzierung des Systems in eine Schiefelage geraten würde. Entscheiden sie sich gegen den Leistungsanspruch, so geht dies zu Lasten der Versicherten, die die Säumigkeit des Arbeitgebers, der üblicherweise den größten Teil der Beiträge trägt, auszubaden haben.

Das zeigt bereits, wie umfassend Beratungen sein müssen, um für die betroffenen Länder eine echte Hilfe sein zu können. Das zeigt auch, vor welchen Fragestellungen eine Beratung steht. Diese Umstände machen es zudem erforderlich, mit den Verantwortlichen vor Ort eng zusammenzuarbeiten und sich mit ihnen über die Eigenheiten der Systeme sowie die Verwaltungsstrukturen auszutauschen. Diese Zusammenarbeit ist zumeist angenehm, bisweilen aber auch wegen unterschiedlicher Mentalitäten nicht ganz spannungsfrei. Für den Juristen ist es bei der Formulierung von Gesetzen darüber hinaus wichtig, die Rechts-tradition des jeweiligen Staates zu kennen und zu berücksichtigen.

Die meisten Staaten haben auf dieser Basis in den 90er Jahren ihre Systeme aufgebaut beziehungsweise umgestaltet. Die Beratungstätigkeit, die jeweils in Zusammenarbeit mit Regierungsdienststellen erfolgte,

führte allerdings nicht immer zu bleibenden Ergebnissen. So konnte es vorkommen, dass ein umfassendes Konzept erstellt wurde, dann aber bei der nächsten Wahl die bisherige Regierung abgewählt wurde und die neue mit neuen Konzepten an den Start ging. Nicht unerheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Sicherungssysteme haben auch internationale Organisationen genommen wie etwa die Weltbank, deren Buch „Averting the Old Age Crisis“ (und die darauf fußende Konzeption) einen nachhaltigen Einfluss auf die Ausgestaltung der Systeme der Transformationsstaaten genommen hat.

Fragt man sich insoweit rückblickend, was von der Arbeit der GVG in den verschiedenen Ländern und in verschiedenen Programmen geblieben ist, so lässt sich feststellen, dass die entwickelten Konzepte freilich nicht immer umgesetzt wurden. In allen Fällen hat diese Arbeit aber den Sinn für das Machbare und Mögliche geschärft und so einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung in diesen Ländern geleistet.

Eine weitere Herausforderung war ab der Jahrtausendwende der Beitritt von einer Reihe dieser Staaten zur Europäischen Union; das bedeutete die Anpassung der nationalen Systeme an die Vorgaben des primären und sekundären Unionsrechts, aber auch die Übernahme etwa der komplizierten Regelungen des europäischen koordinierenden Sozialrechts und der arbeitsrechtlichen Freizügigkeitsverordnung. Hier bestand hoher Beratungsbedarf, damit das System auch in diesen Ländern reibungslos funktioniert. Der Autor dieses Beitrags hat sich insoweit in Slowenien und Bulgarien betätigt.

Inzwischen hat die GVG ihre Arbeit in diesem Bereich internationaler Beratung eingestellt, was sehr zu bedauern ist, aber angesichts der Umstände unvermeidlich war. Im Rückblick kann und muss aber festgestellt werden, dass diese Betätigung der GVG 25 der 70 Jahre geprägt hat. Die GVG hat in den Ländern Mittel- und Osteuropas einen bleibenden Ruf und hat es geschafft, die deutschen Vorstellungen von sozialer Sicherheit in diesen Ländern zu vermitteln und so auch dazu beigetra-

gen, dass nach dem Fall des Eisernen Vorhangs die europäischen Staaten sich zu einer großen Gemeinschaft zusammengefunden haben.

Auch ein höchstpersönliches Fazit dieser Betätigung lässt sich ziehen. Es ist zum tieferen Verständnis des eigenen Systems unerhört wertvoll, fremde Systeme mit anderen Herausforderungen kennenzulernen. Dies relativiert manche nationale Diskussion und lässt Selbstverständlichkeiten des eigenen Systems in einem anderen Licht erscheinen. Die Zusammenarbeit vor Ort war immer außerordentlich anregend. Der Autor dieses Beitrags hat so bei dieser Tätigkeit die besuchten Länder auf eine besondere Weise kennengelernt und die Entwicklung dieser Länder und des Transformationsprozesses aus nächster Nähe beobachten dürfen. Derartige Beratungstätigkeiten sind persönlich sehr bereichernd.

Die jüngste Reform der GVG ist gut und richtig; im Transformationsprozess war es aber ebenso gut und richtig, die Erfahrungen der GVG und ihrer Mitglieder dort einzubringen. Dass sich in der GVG alle relevanten Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem einfinden, hat auch bei dieser Betätigung dazu geführt, dass sie als allseits anerkannte Vertreterin des deutschen Systems auftreten konnte, was den Einfluss deutlich verstärkt hat.

70 JAHRE GVG

60 Jahre Römische Verträge: Das Recht der sozialen Sicherung kann eine tragenden Säule der Europäischen Union sein

Professor Dr. Gregor Thüsing, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

70 Jahre ist es her, dass die GVG gegründet wurde. Ihr Ziel ist seitdem unverändert geblieben: Es geht um die Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit in Theorie und Praxis. Hier ist nicht erst in den letzten Jahren auch die europäische Perspektive immer wichtiger geworden. Denn das Symbol Europas ist zwar unverändert die junge Frau, die auf dem Stier reitet. Doch die einst so betörende Dame ist in die Jahre gekommen und scheint für viele ihren Liebreiz verloren zu haben. Der Kampf der Briten „Vote No“ traf auch auf dem Festland auf offene Ohren. Die lautesten Proteste waren wohl die, die sich aus der Angst um den Arbeitsplatz speisten, aus der Furcht, auf soziale Besitzstände verzichten zu müssen, also schlicht aus dem Gefühl, zu den Verlierern der Globalisierung zu gehören. Europa wurde als Bedrohung für den kleinen Mann gedeutet – als eine Institution, die den Unternehmen Freiheiten schenkt, ohne den Arbeitnehmern Sicherheiten zu geben.

Allzu leicht ist man früher über solcherlei Befindlichkeiten hinweggegangen. Schon die Genese der Europäischen Union belegt dies anschaulich. Es dauerte seine Zeit, bis aus einer Wirtschaftsgemeinschaft langsam eine Sozialgemeinschaft werden sollte. Doch über eine Legitimierung der Sozialpolitik als bloße Magd der wirtschaftlichen Entwicklung sind wir heute hinweg. Mehr und mehr setzt sich das Bewusstsein durch, dass eine Fortentwicklung des europäischen Rechts und im umfassenderen Sinne eine Weiterentwicklung der Europäischen Union nur dann gelingen kann, wenn nicht nur Wettbewerbsschranken abgebaut, sondern die sozialen Chancen einer Europäischen Union ihren Bürgern deutlich gemacht werden. Sonst wird die Angst vor Europa größer und der Brexit bleibt nicht temporäre Irritation, die es zu überwinden gilt,

sondern Ausdruck einer dauernden Ablehnung europäischer Rechtssetzung durch eine Bevölkerung, die sich von den europäischen Institutionen entfremdet und das Vertrauen in sie verloren hat.

So beschwört denn jede Ratspräsidentschaft von neuem die Notwendigkeit, auch durch einen Ausbau arbeits- und sozialrechtlicher Regelung die Akzeptanz der Bürger für die Europäische Union wiederzugewinnen. Als Teil eines Sozialpakets hat die Kommission nun im März 2016 den ersten Entwurf einer europäischen Säule sozialer Rechte vorgelegt und eine öffentliche Konsultation zu dem Thema eingeleitet (COM(2016) 127 final). „Wir müssen unsere Sozialagenda und unseren sozialen Acquis an die wirtschaftlichen und sozialen Trends des 21. Jahrhunderts anpassen“, lässt sich Valdis Dombrovskis, Vizepräsident für den Euro und den sozialen Dialog, zitieren.

So richtig das ist: Der erste Entwurf enttäuscht. Eilig wurde eine ganze Reihe von vorhandenen Regelungen zusammengefasst und in ein einheitliches Gewand gekleidet. 20 Punkte bilden einen bunten Strauß an Trivialitäten, vorhandenen Regelungen, vagen Programmsätzen und bloßen mehr oder weniger frommen Wünschen. Insgesamt handelt es sich um eine recht gestaltlose Anhäufung ganz unterschiedlicher Ansätze, deren einheitlicher Fokus schwer auszumachen ist. Man wurschtelt – und liest Überraschendes:

„Selbständig Erwerbstätige [...] haben nach wie vor keinen gleichberechtigten Zugang zu bezahltem Urlaub“. In der Tat. Aber ist dies zu ändern tatsächlich eine vordringliche Aufgabe europäischer Sozialpolitik? Das Europarecht sichert jedem Arbeitnehmer vier Wochen bezahlten Urlaub – in den USA gibt es den bundesstaatlich geregelt überhaupt nicht. Wer soll den Urlaub Selbständiger bezahlen?

„Die Kündigung einer beschäftigten Person ist zu begründen, ihr geht eine angemessene Kündigungsfrist voraus und sie ist mit einer angemessenen Abfindung bzw. Abfertigung verbunden“. Eine Abfindung soll obligatorisch sein. Das würde das deutsche Kündigungsschutz-

recht revolutionieren. Heute ist bei einer rechtmäßigen Kündigung gerade keine Abfindung geschuldet.

„Mindestlöhne und -gehälter werden mit einem transparenten und vorhersehbaren Mechanismus in einer Weise festgelegt, die den Zugang zu Beschäftigung und die Motivation, sich Arbeit zu suchen, gewährleistet. Die Entwicklung der Löhne und Gehälter folgt den Produktivitätsentwicklungen“. Für die Festsetzung von Mindestlöhnen fehlt der EU die Gesetzgebungskompetenz und das deutsche Verfahren, sich nicht an der Produktivitätsentwicklung, sondern an der Tarifentwicklung zu orientieren, ist nicht per se die schlechtere Wahl; viele Ökonomen halten sie für überlegen.

Mehr noch finden sich fromme Wünsche: „Jeder Mensch erhält rechtzeitigen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung; medizinischer Versorgungsbedarf darf nicht zu Armut oder finanziellen Zwängen führen.“ Hochwertige Krankenbehandlung frei von finanziellen Zwängen – weder die Wartezeiten im britischen NHS noch die Praxis von Schmiergeldern in griechischen Krankenhäusern sind damit vereinbar, aber eine Lösung haben die Ländern nicht gefunden, und es ist Hybris anzunehmen, Europa würde sie an ihrer Stelle finden.

Aber es geht noch frommer: „Alle jungen Menschen unter 25 Jahren erhalten binnen vier Monaten, nachdem sie arbeitslos geworden sind oder die Schule verlassen haben, eine hochwertige Arbeitsstelle, eine Weiterbildungsmaßnahme, eine Lehrstelle oder einen Praktikumsplatz“, heißt es mutig im Dokument. Aber wie? Die Jugendarbeitslosigkeit in Griechenland beträgt zurzeit 46 Prozent, in Spanien 43 Prozent, in Italien 36 Prozent.

Die Liste lässt sich beliebig fortsetzen, doch wäre das Bild kein anderes. „Mit der Säule sollte dazu beigetragen werden, die für das Arbeitsleben und das Leben in der Gesellschaft geltenden sozialen Rechte zu modernisieren, auszuweiten und zu vertiefen, indem ihre Akzeptanz erleich-

tert wird und Verfahren gefördert werden, die für die Bürgerinnen und Bürger, für Unternehmen und für die Gesellschaft von Nutzen sein können.“, heißt es recht blumig im Fazit des Dokuments. Es braucht in der Tat neue Antworten, doch wie können bessere Antworten aussehen, will man sich nicht beschränken auf die sehr pfadabhängige Fortentwicklung eines allzu uneinheitlich gewachsenen Bestandes?

Dies scheint zu allererst eine Frage politischen Gestaltungswillens und des reformerischen Muts zu sein. Soll die soziale Dimension Europas zügig ausgebaut und erweitert werden, oder soll es verhalten den *status quo* sichern und bewahren? Es scheint allein um das Tempo zu gehen, denn das Ziel steht fest, vorgegeben und dokumentiert durch die Verträge, „der Fortschritt auf dem Wege der Angleichung“. Die so umstrittenen Einschnitte in das griechische Renten-, Tarif- und Kündigungsrecht waren Ergebnis nicht europäischen Rechts, sondern Forderungen europäischer Kreditgeber, die einen verkrusteten Arbeitsmarkt als wesentliches Hindernis wirtschaftlicher Entwicklung ausgemacht haben. Ähnliches gilt für den Druck auf Italien, sein Arbeitsrecht grundlegend zu reformieren. Europäische Rechtsetzung im Arbeits- und Sozialrecht aber zielt nie auf Deregulierung und auf Abbau von Sozialstandards, sondern auf ihren Ausbau. Neue Richtlinien schaffen immer neue Arbeitnehmerrechte. Dem werden Arbeitgeber und Wirtschaftsverbände weniger wohlwollend gegenüberstehen als Arbeitnehmer und Gewerkschaften. Doch losgelöst davon gibt es eine technische Seite der Gesetzgebung, zu der sich beide Seiten bekennen können. Es geht um die handwerkliche Seite guter Gesetze, die unabhängig von der Absicht des Gesetzgebers ein Normenwerk als gelungen oder misslungen erscheinen lässt: Nicht was das Gesetz sagt, sondern wie es das Gesetz sagt, nicht welches Ziel es verfolgt, sondern wie es das Ziel verfolgt. Diese in der Vergangenheit allzu oft ignorierten Regeln gilt es zu beachten. Auch dies würde die Akzeptanz europäischen Rechts sicherlich erhöhen.

Zuallererst zu berücksichtigen ist, dass europäische Rechtsetzung auf einen ganz unterschiedlichen Kontext nationalen Rechts in den jeweili-

gen Mitgliedstaaten trifft. Gerade die Programmsätze der Sozialen Säule zeigen dies deutlich. Wenn zwei das gleiche tun müssen, ist es nicht dasselbe. Das europäische Recht trifft diejenigen Mitgliedstaaten, die bereits etablierte Instrumente des Arbeitnehmerschutzes haben, anders als diejenigen, die noch nicht so weit sind. Das europäische Modell tritt in Konkurrenz zu unter Umständen bewährten nationalen Modellen.

Ein wesentliches Defizit europäischer Rechtsetzung wird damit deutlich. Das europäische Arbeits- und Sozialrecht trifft stets auf ein bereits vorgefundenes, national austariertes Gleichgewicht von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberrechten. Die Gewichte der Waagschale sollten nur vorsichtig verschoben und das europäische Konzept der Richtlinie künftig ernster genommen werden: Europa gibt nur Ziele vor, die der einzelne Mitgliedstaat flexibel ausfüllt. Die Wege des nationalen Rechts können dann ganz verschieden sein. Ein gutes Beispiel, wie dies gelingen kann, bietet etwa die Befristungsrichtlinie, die ganz unterschiedliche Regelungen gegen Kettenarbeitsverträge ermöglicht. Ein Gegenbeispiel ist die bisherige Richtlinie zur Arbeitszeit. Eine Vielzahl der europäischen Länder haben Arbeitszeitregelungen, die nicht in Übereinstimmung mit den sehr engen europäischen Vorgaben stehen, und man fragte sich zu recht, ob es tatsächlich sinnvoll ist, ein Normenkonzept vorzugeben, an das sich letztlich nur wenige halten. Hier ist weniger mehr. Das tatsächlich Machbare zu realisieren, ist sinnvoller als ein umfassender Regelungskomplex, der letztlich dann doch nicht durchgesetzt werden kann. Europäisches Arbeitsrecht sollte nicht überambitioniert sein, jedoch das, was es sagt, dann auch ernst nehmen.

Dies führt unmittelbar zu einem zweiten Punkt: Nur das tatsächlich national Durchsetzbare sollte in Angriff genommen werden, doch nicht alles, was durchsetzbar ist, sollte auch getan werden. Die Entwicklung europäischer Regelungen der sozialen Sicherung bestimmte sich in der Vergangenheit allzu oft nicht an der praktischen Erforderlichkeit einer Regelung, nicht an der Notwendigkeit eines einheitlichen oder verbesserten Arbeitnehmerschutzes, sondern schlicht an ihrer politischen

Machbarkeit. Das Diskriminierungsrecht – mag es noch so berechtigt sein – ist ein gutes Beispiel: Es wäre nach aktuellen politischen Gegebenheiten wohl auf absehbare Zeit undenkbar, einen einheitlichen europäischen Kündigungsschutz zu schaffen. Zu verschieden ist die Rechtslage in Großbritannien und in Portugal, in Deutschland und in Polen. Es wird also kein einheitlicher Kündigungsschutz geschaffen, weil hierzu der Mut und die politische Kraft fehlen. Stattdessen schafft man einen umfassenden Diskriminierungsschutz. Dass der funktional vergleichbar mit dem Kündigungsschutz sein kann, zeigt die US-amerikanische Praxis, die einen allgemeinen Kündigungsschutz nicht kennt, über einen verästelten und ausgefeilten Diskriminierungsschutz aber oftmals zum gleichen Ergebnis gelangt. In Europa wurde der Diskriminierungsschutz gewählt, weil bei aller Wertpluralität wir alle glauben, dass ungerechtfertigte Ungleichbehandlungen zu verhindern sind. Der Diskriminierungsschutz war also konsensfähig auf europäischer Ebene, weil ein anderes viel zentraleres Regelungsfeld nicht begangen werden konnte. In einer heterogenen Gesellschaft, wie es die europäische ist, muss sich der Gesetzgeber auf das zurückziehen, was konsensfähig ist. Je verschiedener der Standpunkt der nationalen Rechtsordnung, desto dünner wird die Marge möglichen Handelns. Dass es aber eine solche Marge in bestimmten Gebieten geben mag, heißt nicht, dass tatsächlich gehandelt werden sollte. Wo es keines Gesetzes bedarf, darf es kein Gesetz geben. Der alte Satz Montesquieus gilt auch für das europäische Recht. Jede europäische Regelung muss sich die Frage gefallen lassen, ob ein Mehr an Regelung und an Beschränkung des Arbeitsmarktes tatsächlich mit einem Mehr an sozialer Gerechtigkeit aufgewogen wird. Auf Dauer wird der bloße Umstand, dass es einmal auf europäischer Ebene zu einer Einigung kam, die Regelung selbst nicht hinreichend legitimieren. Umwege zu gehen ist legitim, wenn der direkte Weg versperrt ist. Sackgassen führen jedoch nicht weiter.

Ein dritter Punkt hängt eng damit zusammen und ist fast eine Selbstverständlichkeit, doch auch die ist in der Vergangenheit oftmals nicht beachtet: Was im europäischen Arbeits- und Sozialrecht geschaffen wird, sollte im Vorfeld der Gesetzgebung genau auf seine Folgen hin

abgeschätzt werden. Es geht letztlich um die Empirie als Grundlage der Normsetzung. Was das Recht bewirken wird und bewirken soll, muss bei Schaffung der Norm so genau wie möglich abgeschätzt werden. Mit anderen Worten: Der Gesetzgeber muss wissen, was er tut. Die Praxis sieht anders aus. Wiederum macht ein Beispiel zum Diskriminierungsschutz deutlich, was gemeint ist. Die deutsche Wirtschaft hat vor mehr als zehn Jahren aufgeheult und einige Politiker haben in den Chor mit eingestimmt, als man daran ging, die Antidiskriminierungsrichtlinien umzusetzen. Die Richtlinien selber wurden jedoch mit Zustimmung Deutschlands verabschiedet. Damals hieß es, man habe der Richtlinie zugestimmt, weil – so wörtlich – sie in Deutschland keine Änderung der Gesetzgebung erzwingen werde. Dass dies ganz und gar falsch war, haben das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz und seine Ausdeutung durch die Gerichte in den letzten 10 Jahren eindrucksvoll gezeigt. Wer sich so wenig Gedanken darüber macht, was Folge europäischer Regelung ist, denen er zustimmt, darf sich nicht wundern, wenn er sich später um so mehr Gedanken darüber machen muss, wie er das neue Recht passgenau in den nationalen Kontext einfügen kann.

Schließlich bleibt als letztes und vielleicht wichtigstes Petitem: Soll das europäische Arbeits- und Sozialrecht eine tragende Säule der Europäischen Union sein, muss es systemkonform und kohärent sein. Brüssel und Luxemburg müssen eine einheitliche europäische Perspektive entwickeln und bestehende Widersprüche beseitigen. Diese treten zuweilen recht deutlich zutage: So urteilte der Europäische Gerichtshof bereits vor einigen Jahren in dem Verfahren Viking Line (Rs. C-438/05), dass Streiks, die darauf abzielten, ein in einem Mitgliedstaat ansässiges Unternehmen davon abzuhalten, nach seiner Standortverlagerung rechtmäßig seine Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu erbringen, gegen das Gemeinschaftsrecht verstoßen, weil sie die Dienstleistungsfreiheit nicht hinreichend respektieren. Rechtspolitisch ist jedoch die klare Vorgabe des EG-Vertrags zu beachten, wonach Europa keine Gesetzgebungskompetenz zur Regelung von Streik und Aussperrung hat. Das Arbeitskampfrecht ist damit *domaine réservé* der Mitgliedstaaten. Dass darf nicht über die Hintertür der Dienstleis-

tungsfreiheit umgangen werden. Wenn Europa sich nicht positiv schützend vor das Arbeitskampfrecht stellen kann, dann ist es begründungsbedürftig, dass es hier beschränkend eingreift. Auch an einem solchen Beispiel wird *en détail* deutlich, dass das Soziale eben auf europäischer Ebene noch nicht gleichberechtigt dem Wirtschaftlichen gegenübersteht. Das gilt dann freilich auch andersherum: Gegenüber möglichen Eingrenzungen des Rechts der Arbeitnehmer zur Freizügigkeit in der Union betont der Europäische Gerichtshof in ständiger Rechtsprechung, dass Allgemeininteressen hier eine Rechtfertigung zur nationalen Regulierung sein können; hierfür seien aber wirtschaftliche Interessen alleine nicht ausreichend. Wenn es aber gerade die wirtschaftlichen Interessen einer nationalen Gemeinschaft sind, die deren Allgemeininteresse konstituieren, dann bedeutet es eine regelwidrige Engführung der Argumente, hier keinerlei wie auch immer gewichtete Abwägung vornehmen zu wollen. Auch das leuchtet nicht ein und offenbart den fehlenden einheitlichen Focus des bestehenden Rechts. Mehr Systemstimmigkeit tut also not.

Wird all dies beachtet, dann wäre auch die Akzeptanz des europäischen Rechts unter den Gesetzesunterworfenen und Gesetzesanwendern sicherlich größer als bisher, unabhängig vom politischen und wirtschaftlichen Lager. Dann würde auch die soziale Dimension Europas tatsächlich zum Motor, nicht zur Bremse künftiger Entwicklung. Denn wie es mit Europa weitergehen kann, offenbarte sich bereits in den drei Kindern der Stierreiterin: Ihr Sohn *Minos* wurde berühmt wegen des Labyrinths, aus dem es kein Entrinnen gab, ihr Sohn *Sarpedon* blieb im Gedächtnis wegen seiner maßlosen Streitsucht. Ihr Sohn *Rhadamanthys* schuf einen ob seiner Weisheit und Gerechtigkeit viel gerühmten Gesetzeskodex. Wir dürfen hoffen, dass eben er es ist, der Europa als Symbol fortschreitender Gemeinschaft zur Seite tritt.

DEM POST-FAKTIZISMUS KEINE CHANCE

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

Dass „postfaktisch“ nun bereits *Wort des Jahres* geworden ist, hat mich kurz irritiert. Denn eigentlich wollte ich meinen Beitrag zu diesem Jubiläumsband so beginnen: „Das Postfaktische nimmt offenbar in der Politik zu.“ Rückblickend betrachtet war die Auseinandersetzung mit dem „Faktischen“, wie sie in der GVG geführt wird, nämlich ein wesentlicher Treiber für mich, Ende der 1980er Jahre der Gesellschaft als persönliches Mitglied beizutreten.

Spätestens seit dem dritten Semester an der WiSo in Köln und dann als Assistent bei Philipp Herder-Dorneich am Seminar für Sozialpolitik bin ich ein an der Geschichte der Sozialpolitik interessierter Beobachter. Deshalb hatte ich natürlich von den legendären Auseinandersetzungen über sozialpolitische Grundentscheidungen in der unmittelbaren Nachkriegszeit gelesen, in denen die GVG eine wichtige Rolle gespielt hatte. Vor allen Dingen aber war ich – damals gerade im Wechsel aus dem Grundsatzreferat der Abteilung Krankenversicherung im BMAS auf meine erste Professur (am Institut für Versicherungswesen der Fachhochschule Köln) begriffen – zwei Mal als Gastreferent in den Ausschuss „Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ und einmal in den Ausschuss „Pflegeversicherung“ eingeladen worden. Für mich als „Frischling“ im Gesundheitssystem, der gerade erst seine Feuertaufe in der Zuarbeit zum Gesundheitsreformgesetz von Norbert Blüm absolviert hatte, war die Diskussion in diesen Ausschüssen eine faszinierende Erfahrung: Einerseits zu sehen, wie die Stakeholder im System (damals nannten wir das noch nicht so) zwar ganz klar ihre Interessen hatten, sich daher in der Auseinandersetzung nichts schenkten und so die Tatsachen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet wurden, andererseits die Fakten trotzdem immer Fakten blieben. So war es unstrittig, dass die Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen stark divergierten und dies die wesentliche Ursache für Beitragssatzunter-

schiede darstellte. Niemanden wird überraschen, dass das bereits damals für mich in dem Gesundheitswesen-Ausschuss einen besonders zentralen Punkt darstellte. Wie man diesen jedoch bewertete, war natürlich wieder von Eigeninteressen bestimmt.

In den letzten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts erweiterte die GVG ihren Mitgliederkreis. Damit aber nahmen die angesprochenen Interessengegensätze zwischen den Mitgliedern zu. Das führte immer wieder dazu, dass die Konsensfindungsmöglichkeiten für gemeinsame Stellungnahmen erschwert waren. Der damalige BMAS-Abteilungsleiter Karl Jung meinte in seiner unvergleichlichen Art, Dinge direkt beim Namen zu nennen, das Positionspapier der GVG zur Organisationsreform der GKV spiegele einen „Gemeinsamen Nenner nahe Null“ wider. Dies war natürlich deutlich übertrieben, aber gleichwohl nicht völlig verkehrt. Bei anderen Themenfeldern – auch in der Gesundheitspolitik – ist es oftmals einfacher gewesen, eine gemeinsame Positionierung zu finden.

Besonders interessant war für mich die Phase, in der die GVG nach dem Fall des Eisernen Vorhanges in den osteuropäischen Ländern tätig wurde. Die Nachfrage nach Informationen über das deutsche soziale Sicherungssystem war enorm, ebenso wie die Bereitschaft der deutschen Institutionen und ihrer Protagonisten, diesen Informationsbedarf zu befriedigen. Die GVG bot sich wie keine andere Vereinigung an, diesen Informationsaustausch beziehungsweise eine solche Beratung die sich später daraus ergab, zu organisieren. Spannend fand ich diese GVG-Aktivitäten, die mich unter anderem nach Rumänien, Bulgarien und – insbesondere – Polen führten aus drei Gründen: Es war zunächst selbstverständlich hochinteressant, in diese anderen Gesellschaften mit ihren Sozial- und Gesundheitssystemen einzutauchen. Darüber hinaus zwang mich die Beratungsarbeit (wie auch die anderen deutschen Teilnehmer), sich auf die Fundamente des deutschen Systems zu fokussieren. Drittens aber fand ich es sehr beeindruckend, wie die deutschen Akteure im Ausland es tatsächlich oftmals schafften, ihre zu Hause leidenschaftlich ausgelebten Konflikte hier zurückzunehmen und eher das Gemeinsame als das Trennende hervorzuheben.

Eher das Gemeinsame als das Trennende zu betonen, war und ist zu-
meist ein Kennzeichen der Arbeit der GVG am Thema Europa. Die Stel-
lungnahmen, die in den entsprechenden Ausschüssen der GVG in die-
sem Bereich erarbeitet worden sind, habe ich im Laufe der letzten 25
Jahre wirklich schätzen gelernt. Auch wenn ich immer wieder mal nicht
mit ihnen übereinstimmte, haben sie doch vielfach eine Einordnung
dessen, was in Brüssel geschieht, erleichtert.

Aus der Beratungstätigkeit in Osteuropa erwuchs dann für knapp zwei
Jahrzehnte ein Geschäftsmodell der GVG, das teilweise sehr erfolgreich
war. Mit der Strukturreform der GVG, die diese Aktivitäten nicht mehr
vorsieht, ist die Gesellschaft wieder auf ihr traditionelles „Kerngeschäft“
in der deutschen Sozialpolitik zurückgekehrt. Angesichts der zahl-
reichen Herausforderungen, die in allen Themenfeldern bestehen, ist
das vielleicht keine schlechte Nachricht. Die Veränderung der Arbeits-
welt, die Digitalisierung aller Lebensbereiche, die Migration nach
Deutschland, die Alterung der Bevölkerung, die Alterung der Ärztinnen
und Ärzte sind Themen, die nach einem Diskurs jenseits der öffent-
lichen Foren rufen. Die GVG stellt nach wie vor eine Plattform bereit,
auf der solche Fragestellungen vertieft diskutiert werden können, um
dem Post-Faktischen auf Fakten basierende Antworten entgegen-
setzen zu können. Ich wünsche uns, dass wir auch weiterhin Arbeits-
formen finden, die den Diskurs ins Zentrum stellen und auch das
Suchen nach unkonventionellen Lösungsansätzen ermöglichen.

EIGENVERANTWORTUNG FÖRDERN, SOZIALSTAAT FIT HALTEN

*Auch für die Zukunftsaufgaben bleibt die GVG
unerlässlicher Impulsgeber*

Roland Weber, Vorstandsmitglied, Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Die sozialpolitische Diskussion in unserem Lande ist von einer zunehmenden Frontenbildung geprägt. Während die Zukunft der Krankenversicherung für die einen in der Zusammenführung von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) zu einer „Bürgerversicherung“ besteht (eine Bundestagspartei fordert darüber hinaus die Abschaffung der PKV), wollen andere die Existenz und Konkurrenz der beiden Systeme als Qualitätsparameter erhalten und plädieren für eine „reformierte Dualität“.

In der Rentendebatte nutzen jene, die private Vorsorge schon immer als neoliberale Sünde ansahen, die anhaltende Tiefzinsphase, um eine Kehrtwende hin zu einer starken Ausweitung des Umlagesystems zu fordern. Andere warnen vor einer Überforderung der gesetzlichen Rentenversicherung und der jungen Generation und wollen bessere Rahmenbedingungen für die betriebliche und private Vorsorge schaffen.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) hat in solchen Auseinandersetzungen, die es in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder gab, wichtige Impulse für eine sachlich fundierte sozialpolitische Diskussion gegeben und sich klar positioniert – ganz im Sinne ihrer Ausrichtung von Anbeginn an, als aus den Trümmern des Deutschen Reiches die Bundesrepublik Deutschland als sozialer Rechtsstaat entstand. Damals bildete sich die GVG als Plattform für alle jene, die ein gegliedertes Sozialsystem einer Einheitsversicherung vorzogen.

Solidarität und Subsidiarität

Sozialpolitik ist kein Selbstzweck. Ihr Ziel ist, dass die Gemeinschaft solidarisch den Schwachen und Schutzbedürftigen beisteht und die Bürger befreit von Sorgen und Zwängen. Staatliches Handeln soll deshalb sowohl nach dem Solidaritätsprinzip als auch nach dem Subsidiaritätsprinzip geordnet sein. Dies ist so schon im Grundgesetz angelegt, und zwar im Grundrecht jedes einzelnen auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und im Sozialstaatsprinzip.

Zur Solidarität gehört also die Subsidiarität. Das Subsidiaritätsprinzip ermöglicht die Entfaltung der persönlichen Kräfte und fördert Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Menschen in den ihn umgebenden sozialen Einheiten.

Solidarität ist im Übrigen kein ausschließliches Strukturmerkmal der staatlichen oder öffentlich-rechtlichen Sicherungssysteme. Die Solidaritätsidee charakterisiert vielmehr mit vollem Recht auch die vielen Einrichtungen auf Gegenseitigkeit. Sie sind nach dem genossenschaftlichen Prinzip „einer für alle, alle für einen“ entstanden – wie zum Beispiel der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Jahr 1905 als Kranken- und Sterbekasse für die Gemeindebeamten der Rheinprovinz. Dem gleichen Prinzip folgen der im Gründungsjahr der GVG entstandene Debeka Lebensversicherungsverein auf Gegenseitigkeit und viele andere Versicherungsvereine. Für die Debeka war und ist das Bekenntnis der GVG zum Subsidiaritätsprinzip ein entscheidender Grund, die GVG zu unterstützen. Der zweite wichtige Grund liegt in der Bedeutung der GVG als anerkannte Diskussionsplattform zwischen den Vertretern der Sozial- und der Privatversicherung.

Die Dualität in der Krankenversicherung als Qualitätsmerkmal

In Deutschland existieren, anders als in anderen Ländern, zwei Krankenversicherungssysteme – ein gesetzliches und ein privates – parallel

nebeneinander, die aber ein einheitliches Versorgungssystem finanzieren. Der Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten fließt in die gleiche Gesundheits-Infrastruktur wie der der gesetzlich Versicherten. Der überproportionale Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten gewährleistet eine moderne Ausstattung von Arztpraxen und Krankenhäusern, die auch den gesetzlich Versicherten zugutekommt. Zugleich sorgt diese doppelte Finanzierungsbasis für eine wohnortnahe ärztliche und fachärztliche Versorgung.

Dies wird in internationalen Vergleichen am Beispiel der Wartezeiten zur fachärztlichen Versorgung deutlich, in denen Deutschland stets hervorragend abschneidet. In Ländern, die ein einheitliches Versicherungssystem oder ein staatliches Gesundheitssystem haben, sind nicht nur die Wartezeiten deutlich länger; oft ist dort auch ein zweites Versorgungssystem entstanden mit Privatpraxen und Privatkliniken, die nur den Menschen offen stehen, die über eine private Zusatzversicherung verfügen oder als Selbstzahler den Strukturmängeln, den Wartezeiten und der Rationierung des Einheitssystems entfliehen wollen.

Das hohe Niveau der deutschen GKV ist unmittelbares Ergebnis der Dualität zur PKV, genauso wie die sozialen Standards der deutschen PKV, wie lebenslanges Leistungsversprechen, Verzicht des Versicherers auf Kündigung oder die Lösungsmöglichkeiten bei finanzieller Überforderung, international einzigartig und nur aus ihrer Rolle als gleichberechtigte Partner im Gesundheitswesen heraus entstanden sind.

Die GVG hat diese Dualität nie in Frage gestellt. Sie hat sich auf die systemübergreifenden Themen der Gesundheitsversorgung, auf die Herausforderungen der Zukunft konzentriert und dort richtig gute Arbeit geleistet. Sie ist seit mehr als 15 Jahren der Treiber für *gesundheitsziele.de*, entwickelt im Konsens mit den wesentlichen Akteuren im Gesundheitswesen diese Ziele und Teilziele und leitet Maßnahmen daraus ab. Sie hat über Jahre die unterschiedlichen Stakeholder im Bereich eHealth zusammengebracht und zuletzt mit der Dokumenta-

tion „Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin“ Lösungsansätze für die Versorgung der Zukunft präsentiert.

Die Reformen der Altersvorsorge waren richtig

Die im vorigen Jahrzehnt erfolgten Reformen in der Altersvorsorge waren notwendig, um unser System der sozialen Sicherheit zu stabilisieren, und sie haben die ökonomische Entwicklung in Deutschland vorange-
trieben.

Seit der Umstellung der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) auf das Umlageverfahren im Jahr 1957 und dem Geburtenrückgang ab Mitte der 1960er Jahre zeigte es sich, dass die demografische Entwicklung sowie die längere Lebenserwartung von jedem Einzelnen individuelle Entscheidungen erfordern, wenn er seinen Lebensstandard im Alter sicherstellen will. Die GRV entfaltet als Pflichtversicherung eine Art Schutzmechanismus und ist unentbehrlich. Diese Basisabsicherung reicht jedoch nicht aus. Nur gemeinsam mit einer zusätzlichen, kapitalgedeckten Altersvorsorge kann eine stabile Grundlage für eine auskömmliche Altersvorsorge sichergestellt werden.

Hierfür stehen seit jeher die betriebliche Altersvorsorge sowie die private Lebens- und Rentenversicherung. Ihre Leistungsstärke rührt vom Risikoausgleich im Kollektiv und über die Zeit, mit dem sie dem Verbraucher weitgehend unabhängig von der konjunkturellen Entwicklung und trotz der Schwankungen auf den Kapitalmärkten langfristig eine verlässliche Absicherung bietet.

Unsere Arbeitsgesellschaft wandelt sich jetzt rasant. Die Globalisierung schafft neue Märkte, aber auch neue Konkurrenten. Das traditionelle Dauerarbeitsverhältnis geht immer mehr zurück. Die Digitalisierung wird viele traditionelle Ausbildungsberufe überflüssig machen.

Durch diese Faktoren und durch die demografische Entwicklung stößt die klassische Sozialpolitik an die Grenzen ihrer finanziellen Möglichkeiten, während gleichzeitig ein enormer Bedarf an Arbeitskräften im sozialen und pflegerischen Bereich entsteht.

Hält der Sozialstaat das aus? Reagiert er rechtzeitig und richtig?

Der verlässliche Sozialstaat, „Vater Staat“, war über Jahrzehnte Geschäftsgrundlage für das Miteinander von Arbeit und Leben in Deutschland. Doch der verlässliche Sozialstaat war ein träger Sozialstaat geworden, der die demografische Entwicklung und die Globalisierung ignorierte. Er gefährdete damit die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands und in Folge die Arbeitsplätze und die soziale Sicherung. Der Sozialstaat kann sich selbst im Wege stehen. Dann muss er fit gemacht werden für die Zukunft.

Eine solche Fitnesskur waren die Reformen des vergangenen Jahrzehnts (die „Agenda 2010“ und die Erhöhung des Renteneintrittsalters seien beispielhaft genannt), die die ökonomischen und sozialpolitischen Bedingungen in unserem Land entscheidend verbessert haben.

Die Rentenreform 2003 führte zur Einführung der Riester-Rente als ersetzendes Element wegfallender Absicherung der gesetzlichen Rente. Die Mischung aus Kapitaldeckung und staatlicher Förderung bietet eine freiwillige Zusatzabsicherung mit Beitragserhalt. Gerade für Geringverdiener und Teilzeitbeschäftigte führt die staatliche Förderung zu einem Vorsorgeprodukt mit unschlagbarer Rendite. Ferner wurde 2005 die Altersvorsorge für Selbständige mittels staatlicher Unterstützung ausgeweitet: Die Rürup-Rente als zusätzliches kapitalgedecktes Element ähnlich der berufsständischen Versorgungswerke für Freiberufler wurde eingeführt. Gleichzeitig wurde durch die Rentenreformen die gesetzliche Rentenversicherung zukunftsfest gemacht.

Ständige Neubestimmung des Verhältnisses zwischen Solidarität und Individualität bleibt notwendig

Damals hatte die SPD formuliert: „Ziel des modernen Sozialstaates ist Ermutigung zu Eigenverantwortung und Eigeninitiative, nicht Bevormundung. Wir müssen das Verhältnis von Solidarität und Individualität ständig neu bestimmen. Neue Freiräume für die Menschen müssen das Ergebnis sein.“

Ein solch klares Bekenntnis zur Subsidiarität, zum ständigen Neubestimmen des Verhältnisses zwischen Individualität und Solidarität, ist heute nicht mehr so klar zu vernehmen. Die Forderung nach Eigenverantwortung wird oft als „neoliberale Propaganda“ abgetan. Eigenverantwortung ist aber ein zwingend notwendiger Bestandteil des Bildes eines Menschen, der nach Freiheit und Selbstverwirklichung strebt und zugleich moralisch und solidarisch handeln möchte. Eigenverantwortliche Vorsorge schafft mehr Generationengerechtigkeit.

Soll das Zusammenspiel der gesetzlichen und privaten Systeme der sozialen Sicherung stabil und nachhaltig sein, ist zunächst das Bewusstsein für das unabdingbare Nebeneinander zu schaffen. Das Altersvorsorgesystem muss weiterhin die Mischung aus umlagefinanziertem und kapitalgedecktem System ermöglichen. Hierfür sind stabile politische Rahmenbedingungen zu schaffen, die nicht ständig von der Politik verändert werden. Kontinuität und Verlässlichkeit sind sowohl für die gesetzlichen Sozialversicherungsträger wie für die privaten Anbieter unabdingbar – und erst recht für die Bürgerinnen und Bürger.

Die Reformen des vergangenen Jahrzehnts dürfen nicht zurückgedreht werden. Im Gegenteil, „Arbeit 4.0“ erfordert wieder eine Neujustierung unserer Sozialsysteme. Mit ihrer Positionierung zum Grünbuch „Arbeit 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hat die GVG auch dieses Thema aufgegriffen. Sie kann und wird hier wichtige Impulse

geben, damit die anstehenden Reformen zu größerer Akzeptanz führen als die von oben verordnete „Agenda 2010“. Die GVG ist die Plattform für den hierfür notwendigen breiten gesellschaftlichen Diskurs.

SOZIALE LEBENS LAUFPOLITIK: SELBSTBESTIMMTE TEILHABE BRAUCHT STRUKTURELLE ABSICHERUNG

Eva Maria Welskop-Deffaa, Mitglied im ver.di-Bundesvorstand

Ordnungspolitik

Der Sozialpolitik mangelt es in Deutschland nicht an Vereinen und Verbänden. Zwischen Wissenschaft und Selbsthilfeorganisation, von Gewerkschaft bis Wohlfahrtsverband ist die Zahl der sozialpolitischen Akteure fast unüberschaubar groß. Aber es gibt nicht viele Organisationen, deren erklärtes Ziel es ist, die Freiräume zu verteidigen, innerhalb derer sich die großen Player der sozialen Teilhabe ordnungspolitisch über ihre gemeinsame Agenda verständigen – gegen die Versuchung kurzfristiger Durchsetzung von Partikularinteressen. Eine solche ordnungspolitische Verständigung ist allerdings dringend notwendig, um die Koordinaten unseres Sozialstaats zu verteidigen. Ordnungspolitische Sünden geschehen alltäglich unbemerkt. Sie verstecken sich hinter politischen Kompromissen im Kleingedruckten, sie kommen als scheinbar unabweisbare Antwort auf tatsächlich oder vermeintlich missbräuchliche Ausnutzung garantierter Freiheiten, sie ergeben sich aus der Summe wiederholter Einschränkungen tradierter Selbstbestimmungsrechte.

Freiheit und soziale Sicherheit

Der Sozialstaat, auf den wir in Deutschland stolz sein können, setzt in hohem Maße auf die Eigenvorsorgefähigkeit der Bürger und Bürgerinnen und auf zivilgesellschaftliche Akteure. Er ist ein freiheitlicher Sozialstaat, der soziale Sicherheit durch die Eröffnung von Teilhabechancen gewährt. Herausragende Bedeutung kommt dabei der gesetzlichen Sozialversicherung zu. Sie ist tragende Säule unseres Sozialstaats. Die Sozialversicherungsträger sind selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen

Rechts, in denen – so die Philosophie – die Versicherten selbst wesentliche Entscheidungen mit beeinflussen können. Das Programm lautet: Sozialversicherung nicht als staatliche Fürsorge, sondern als gesetzliche Pflicht zur Eigenvorsorge für wesentliche Risiken im Lebenslauf. Indem der Gesetzgeber den Beschäftigten die Pflicht auferlegt, Beiträge zu zahlen und indem er ihnen das Recht gibt, in der Selbstverwaltung über deren Verwendung mitzubestimmen, verknüpft er Sicherheit und Freiheit, Eigen- und Gemeinwohlverantwortung auf intelligente Art und Weise.

Herausforderungen 4.0

Was sich historisch so klug entwickelt hat, muss an die Veränderungen der Arbeits- und Lebenswelt immer wieder neu angepasst werden. So ist heute – in einer Zeit, in der die Anzahl der Phasen selbstständiger Tätigkeiten im Lebenslauf von Generation zu Generation zunimmt – eine fortgesetzte Engführung der Sozialversicherungspflicht auf die Bezieher abhängiger Einkommen nur noch schwer zu rechtfertigen. Die Nicht-Einbeziehung von Einkommen aus (solo-)selbstständiger Arbeit lässt die Beitragsbasis der sozialen Sicherungssysteme erodieren. Sie lässt Lücken in der Versicherungsbiographie entstehen, die in der Rentenversicherung erheblich zur Entstehung neuer Altersarmut beitragen. Und sie enthält Fehlanreize zur Umwandlung abhängiger in selbstständige Beschäftigung mit dem Ziel, Sozialversicherungsbeiträge zu „sparen“. Die skizzierte Entwicklung wird durch die Digitalisierung erheblich beschleunigt. Mit Smartphones und online-Plattformen ist es leicht geworden, auch komplexe Arbeitsprojekte im Zusammenwirken von Selbstständigen zu organisieren. Die Effizienzvorteile des Betriebes, die in der Industriegesellschaft bislang der Versuchung des Outsourcens einen Riegel vorschoben, sind in vielen Wirtschaftsbereichen, vor allem in den Dienstleistungsbranchen, kaum noch darstellbar. Die Antwort auf neue hybride Erwerbsverläufe kann nicht der Abschied vom Sozialstaat sein, sondern es bedarf gerade jetzt einer sozialen

Lebenslaufpolitik, um die neuen ebenso wie die alten Risiken im Erwerbsverlauf ausreichend abzusichern.

Die zunehmende Lebenserwartung untermauert die Notwendigkeit, unsere Sozialpolitik als soziale Lebenslaufpolitik konzeptionell weiterzuentwickeln. Wer am Ende einer ersten Ausbildung noch 70 Lebensjahre vor sich hat, wird in soziale Sicherheit nur investieren wollen, wenn ein Mindestmaß an Vertrauen in die Folgerichtigkeit sozialpolitischer Reformen vorhanden ist und wenn der Ordnungsrahmen der Sozialpolitik als (einigermaßen) stabil erfahren wird. Dazu ist eine gute Erläuterung sozialpolitischer Entscheidungen erforderlich, und es bedarf einer kontinuierlichen Werbung für die Notwendigkeit starker sozialer Institutionen – gerade auch in guten Zeiten. Sozialversicherungen und Wohlfahrtsverbände sind für die soziale Sicherheit das, was die Feuerwehr für den Brandschutz ist. Wenn es lange nicht brennt, erscheinen der Fuhrpark der Feuerwehr und die ganze Mannschaft untätiger Männer und Frauen in roten Uniformen als großer Luxus. Sobald dann aber tatsächlich ein Haus Feuer fängt, merkt man, wie schnell die Feuerwehركolonne an ihre Grenzen kommt und wie wichtig es ist, mehr als ein Spritzenfahrzeug zu besitzen.

Projekt Lebenslaufpolitik

Soziale Lebenslaufpolitik basiert auf vielen Bedingungen und Voraussetzungen. Soziale Sicherheit für lange Lebensläufe und soziale Sicherheit 4.0 stellen hohe Anforderungen an die seismographische Kompetenz der handelnden Akteure. Sie benötigen für ein erfolgreiches Wirken Strukturen der Unterstützung, die auf Empowerment zielen und die in krisenhaften Situationen verlässlich einspringen. Dazu gehören die Förderung sozialer Innovationen ebenso wie exzellente Forschung und Lehre im Sozialrecht, gemeinwohlorientierte Pioniere sozialer Dienstleistungen, eine responsive Sozialverwaltung und eine funktionsorientierende Sozialpartnerschaft.

Gemeinsame Anstrengungen der wichtigen Player, um die strukturellen Voraussetzungen einer freiheitlichen und leistungsfähigen Sozialpolitik auch zukünftig zu sichern, müssen Jahr für Jahr neu angestoßen werden. Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. kann diese gemeinsamen Anstrengungen ermöglichen.

ZUR ROLLE DES WETTBEWERBS IM GESUNDHEITSWESEN

Professor Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim

Alternative Allokationsmechanismen im Gesundheitswesen

Das Allokationsproblem wurzelt in der Knappheit der volkswirtschaftlichen Ressourcen, denn diese reichen niemals aus, um alle Wünsche beziehungsweise subjektiven Bedürfnisse der Bürger zu befriedigen. Ein Allokationsmechanismus besitzt insofern die Aufgabe, die knappen Ressourcen auf konkurrierende Wünsche und Bedürfnisse aufzuteilen. Dies bedeutet aber auch, dass er Wünsche und Bedürfnisse ausschließt, die bei unbegrenzten Ressourcen berechtigterweise zum Zuge kommen könnten. Wegen der Knappheit der Ressourcen stellt ein positiver Bruttonutzen eines Projektes aus gesamtwirtschaftlicher Sicht nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für seine jeweilige Realisierung dar. Die Ressourcen, die ein Projekt verbraucht, können zwangsläufig in kein anderes Vorhaben fließen und damit dort Nutzen stiften. Der (Brutto-)Nutzen eines Projektes muss daher seine Opportunitätskosten übersteigen; diese spiegeln den entgangenen Nutzen des besten infolge der Ressourcenknappheit unterbliebenen Projektes wider. Auf diese Weise zielt ein Allokationsmechanismus darauf ab, bei knappen Ressourcen die gesellschaftliche Wohlfahrt zu optimieren.

Zur Lösung des Allokationsproblems bieten sich vor allem drei Koordinationsmechanismen an:

- der Markt- und Preismechanismus,
- die öffentliche Planung beziehungsweise staatliche Steuerung und
- die korporative Koordination.

Dabei dient der Markt- und Preismechanismus im privaten Sektor als Allokationsinstrument, während die öffentliche Planung beziehungs-

weise staatliche Steuerung diese Koordinationsfunktion im öffentlichen Sektor übernimmt. Zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor liegt ein quasi intermediärer Bereich, in dem die korporative Koordination die knappen Ressourcen alloziert. So übernimmt die korporative Koordination zum Beispiel die Allokationsfunktion bei den Tarifverhandlungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern und spielt auch eine allokativ bedeutsame Rolle im Gesundheitswesen, vor allem bei der Gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen und ärztlichen Körperschaften beziehungsweise Institutionen sowie innerhalb des vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Bereichs. Verglichen mit anderen Wirtschaftssektoren weist das deutsche Gesundheitswesen hier die Besonderheit auf, über seine Leistungssektoren alle drei Allokationsmechanismen zu umfassen. So stellen im stationären Sektor die öffentliche Planung beziehungsweise staatliche Steuerung und bei der vertragsärztlichen Versorgung die korporative Koordination die zentralen Allokationsmechanismen dar, während bei den Arzneimitteln und Medizinprodukten der Markt- und Preismechanismus dominiert. Diese Vielschichtigkeit der Allokationsmechanismen macht einerseits die Problematik, andererseits aber auch den Reiz von ordnungspolitischen Betrachtungen und Analysen im Gesundheitswesen aus. Dies gilt vor allem für – zuweilen kontroverse – Diskussionen, an denen sich wie im Rahmen der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) sachkundige Vertreter nahezu aller im Gesundheitswesen tätigen Körperschaften, Institutionen und Unternehmen in regelmäßigen Zusammenkünften beteiligen.

Ziele und Ansatzpunkte des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Wettbewerbsprozesse, die auf der Grundlage einer adäquaten Rahmenvorgabe ablaufen, bilden zwar eine notwendige Bedingung für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus, sie beschränken sich aber nicht auf dieses Koordinationsinstrument. Die beiden anderen Allokationsmechanismen, das heißt die öffentliche Planung beziehungsweise staatliche Steuerung und die korporative Koordination

können ebenfalls Wettbewerbsprozesse beinhalten und mit ihrer Hilfe die Effizienz und Effektivität der Leistungserstellung steigern. Selbst die sozialistische Zentralverwaltungswirtschaft nutzte den Wettbewerb zwischen ihren Betrieben in Verbindung mit Prämien zur Leistungssteigerung, das heißt zu einer effizienteren Produktion. Im deutschen Gesundheitswesen konkurrieren Krankenhäuser im Rahmen der staatlichen Landesplanung um die Zulassung zur Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anschließend, vor allem in überversorgten Regionen, um Patienten. Im Rahmen der korporativen Koordination, die im deutschen Gesundheitswesen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung den dominanten Allokationsmechanismus darstellt, finden sogar auf mehreren Ebenen Wettbewerbsprozesse statt. Dies gilt zunächst für die Wahlen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung, deren Ergebnisse auch die vertragsärztlichen Vergütungssysteme beeinflussen können. Sodann stehen die niedergelassenen Ärzte und ambulant tätigen Krankenhäuser in der GKV im Wettbewerb um Arztsitze und Patienten beziehungsweise Scheine. Wettbewerbliche Prozesse treten somit nicht nur im Rahmen der marktwirtschaftlichen Koordination, sondern auch bei den beiden anderen Allokationsmechanismen auf, so dass die Forderung nach einem intensiveren Wettbewerb im Gesundheitswesen noch nicht auf ein Präjudiz hinsichtlich eines bestimmten Koordinationsinstrumentes hinausläuft. Es handelt sich dabei vielmehr um ein übergreifendes ordnungspolitisches Plädoyer.

Der Wettbewerb bildet allerdings aus normativer Sicht keinen Selbstzweck, sondern dient instrumental zur Verwirklichung höherrangiger Ziele, wie zum Beispiel der Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Konkret handelt es sich dabei vornehmlich um folgende Zielsetzungen:

- Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes, das heißt Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität,
- Orientierung des Leistungsangebotes an den Bedürfnissen und Präferenzen der Bürger und Patienten,

- effektive beziehungsweise kostengünstige Produktion,
- Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen,
- leistungs- und qualitätsbezogene Vergütung sowie
- Verhinderung von monopolistischem Machtmissbrauch durch staatliche Instanzen, Krankenkassen und Leistungserbringer.

Der Wettbewerb in der GKV kann auf der Einnahmen- oder der Ausgaben- beziehungsweise Leistungsseite stattfinden. Auf der Einnahmenseite konkurrieren die Krankenkassen um günstige (Zusatz-)Beiträge und die Vermittlung von (privaten) Zusatzversicherungen. Auf der Leistungsseite stehen die Krankenkassen hinsichtlich der Qualität der Leistungen, spezifischer Versorgungsformen, Satzungsleistungen, Wahltarife, sowie des Services und informativer Angebote im Wettbewerb. In der Vergangenheit dominierte hier der Wettbewerb um günstige (Zusatz-)Beiträge eindeutig den Wettbewerb auf der Leistungsseite. Dies liegt vornehmlich darin begründet, dass sich Differenzen in den (Zusatz-)Beiträgen leichter messen lassen als zum Beispiel unterschiedliche Leistungsqualitäten und damit für die Versicherten eine höhere Aufmerksamkeit erzeugen. Es steht zu erwarten, dass sich der Wettbewerb um günstige (Zusatz-)Beiträge künftig wieder intensiviert, was die Bemühungen um einen stärkeren Wettbewerb auf der Leistungsseite erschweren dürfte.

Der Qualitätswettbewerb kann sich auf die Struktur, die Prozess- oder die Ergebnisqualität erstrecken. Die Strukturqualität bezieht sich auf personelle, technische und räumliche Ressourcen beziehungsweise Produktionsfaktoren. Die Prozessqualität beinhaltet die Behandlungsmaßnahmen, wobei fachbezogene Standards und Leitlinien, die an die Indikationsstellung anknüpfen, als Beurteilungskriterien dienen. Dagegen orientiert sich die Ergebnisqualität an den gesundheitlichen Outcomes, das heißt an der Lebenserwartung und der Lebensqualität. Dies schließt bei weiterer Interpretation auch die Wartezeit der Patienten auf einen Behandlungstermin und die Betreuung während des gesamten Behandlungsprozesses ein.

Der Qualitätswettbewerb kann im Rahmen des Behandlungsprozesses innerhalb bestimmter Leistungsarten oder sektorenübergreifend mit Hilfe von innovativen integrierten Versorgungskonzepten erfolgen. Obgleich auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten noch beachtliche Wirtschaftlichkeitspotentiale existieren, leiden Effizienz und Effektivität der deutschen Gesundheitsversorgung vor allem an der zu starken Abschottung der einzelnen Leistungssektoren. Um diese Mauern zu überwinden, schuf das Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Krankenkassen und die Leistungserbringer die Möglichkeit, im Rahmen von Selektivverträgen besondere Versorgungsformen zu vereinbaren. Das SGB V eröffnet zwar auch im kollektivvertraglichen System die Möglichkeit eines Qualitätswettbewerbs unter den Leistungserbringern, ein Qualitätswettbewerb in der Regie einzelner Krankenkassen kann aber nur im selektivvertraglichen System stattfinden.

Obgleich es mit Hilfe von selektiven Verträgen beziehungsweise besonderen Versorgungsformen gelang, das zuvor stark verkrustete deutsche Gesundheitswesen etwas aufzulockern, nehmen diese Konzepte immer noch einen sehr bescheidenen Anteil an den Ausgaben der GKV ein. Dies geht vornehmlich darauf zurück, dass der Gesetzgeber bisher den Interdependenzen zwischen den besonderen Versorgungsformen zu wenig Rechnung trug und den Krankenkassen und Leistungserbringern bei den selektiven Verträgen immer noch einen zu geringen Handlungsspielraum einräumt. Eine Gesellschaft wie die GVG, die nahezu alle Krankenkassen und -versicherungen sowie Leistungserbringer des Gesundheitswesens vereint, erscheint hinsichtlich dieser Problemlage besonders geeignet, mit Erfolg weiterführende Lösungsvorschläge zu präsentieren.

GVG-PROJEKTE



GESUNDHEITSZIELE.DE

*Voraussetzung für ein zielorientiertes Handeln
in der Gesundheitsversorgung und Prävention*

Tobias Backhaus, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)

„Das mit wohl ehrgeizigste Projekt der GVG und zudem mit nachhaltiger Wirkung ist der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. [...] 140 Institutionen und Organisationen beteiligen sich mittlerweile aktiv und auch die Spitzenorganisationen der Kassenarten auf Bundesebene finanzieren den Verbund. Die Kooperation ist beeindruckend: Unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens werden Gesundheitsziele erarbeitet und Maßnahmen zur Zielerreichung empfohlen. [...] Neun nationale Ziele sind mittlerweile verabschiedet, wie Tabakkonsum reduzieren, Brustkrebs oder Gesund altern. [...] Und die Arbeit wird sehr wohl politisch anerkannt. Das zeigt die Aufnahme (fast) aller Ziele in das Präventionsgesetz.“

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V.

Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* kann auf eine langjährige Erfolgsgeschichte zurückblicken: In 17 Jahren ist es gelungen, alle wichtigen Akteure des deutschen Gesundheitswesens zusammenzubringen, um im Konsens nationale Gesundheitsziele zu entwickeln und umzusetzen. Die Koordination und Moderation liegt in der Verantwortung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG).

Gesundheitsziele im nationalen und internationalen Kontext

Mit der Strategie „Health for all“ (engl. „Gesundheit für alle“) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; engl. World Health Organisation), die 1977 eingeleitet wurde, ist zeitgleich die Weiterentwicklung der natio-

nalen Gesundheitssysteme in den Vordergrund gerückt. Wenige Jahre später (1986) verabschiedete die WHO die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Sie besagt, dass die Verantwortung für die Gesundheitsförderung von allen Politiksektoren getragen werden soll. Alle Beteiligte im Gesundheitswesen, Ärztinnen, Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige sowie Gesundheitseinrichtungen und staatliche Stellen, entwickeln gemeinsam Versorgungssysteme. Die Strategie „Health for all“ und die Ottawa-Charta „können somit als Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen sowie einer gesundheitsfördernden Politik angesehen werden“.¹

Das Projekt *gesundheitsziele.de* entstand nach dem Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahr 1999.² Die GMK verabschiedete „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“, die der GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ im Jahr 2000 aufgriff.³ Die deutschen nationalen Gesundheitsziele waren geboren. In den folgenden sechs Jahren wurden die ersten Gesundheitsziele in dem Modellprojekt entwickelt, die durch Eigenmittel der GVG und des Bundes finanziert wurden. Nachdem die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nicht mehr möglich war, entschied man andere Wege zu gehen: der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* wurde gegründet, der bis heute besteht.⁴

Was sind Gesundheitsziele?

Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der zentralen Akteure der Selbstverwaltungsorganisationen und der privaten Krankenversicherung im

1 Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. Berlin.

2 Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999, https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_79-GMK_Top92_Qualitaetsstrategie_Anlage2.pdf, Abruf am 7.3.2017.

3 Klärs, G., & Hess, R. (2010). Neun Jahre *gesundheitsziele.de* – Bilanzierung, Sachstand, Perspektiven. Die BKK, S. 40-47.

4 Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. Berlin.

deutschen Gesundheitswesen. Zu den zentralen Akteuren zählen über 140 relevante Organisationen des Gesundheitswesens, unter anderem gesetzliche und private Kostenträger, Leistungserbringer, Patient(inn)envertreter und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaftseinrichtungen, der Bund, die Länder und Kommunen.⁵ Gesundheitsziele werden auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz für ausgewählte Zielbereiche formuliert, Empfehlungen werden erarbeitet und Maßnahmenkataloge erstellt. Da im deutschen Gesundheitssystem die Verantwortung und Zuständigkeiten der gesundheitlichen Versorgung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern auf der einen Seite und dem Bund, den Ländern und den Kommunen auf der anderen Seite aufgeteilt ist⁶, ist die Zusammenführung der verschiedenen Akteure, um einen Konsens zu schaffen, von herausragender Bedeutung. Das erklärte, langfristige Ziel ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu optimieren.⁷

Zielkonzept und Systematik der Gesundheitsziele

Jedes Gesundheitsziel wird mit der gleichen Methode erarbeitet; ihm liegen jeweils das gleiche Zielkonzept sowie der gleiche Aufbau zu Grunde. Zu Beginn werden Handlungsfelder definiert und anschließend jeweils mit Oberzielen sowie Teilzielen in Handlungsfeldern – wie zum Beispiel Prävention, Diagnostik, Patient(inn)enkompetenz, Aufklärung und Versorgung – konkretisiert. In der dritten Stufe werden Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung erarbeitet. Den Abschluss bilden die so genannten Startermaßnahmen, die bedeutsam, machbar, zeitnah und umsetzbar sein sollen. Folgende Querschnittsanforderungen müssen in jedem zuvor genannten Bereich eines Gesundheitsziels berücksichtigt werden:

5 Fehr, A. D., & Jonitz, G. D. (2015). „Patientensicherheit“ als neues nationales Gesundheitsziel. Management & Krankenhaus.

6 Bodner, L. (2013). Öffentliches Gesundheitswesen. In E. Nagel, Das Gesundheitswesen in Deutschland (S. 25-40). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

7 Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. Berlin.

- Gender Mainstreaming,
- Gesundheitlichen Chancengleichheit,
- Bürger(innen)- und Patient(inn)enbeteiligung,
- Stärkung zur Selbsthilfe,
- Prävention auch bei krankheitsbezogenen Zielen,
- Evidenzbasierung,
- Intersektorale Verzahnung und Integration.

„Das Verfahren der Zielauswahl basiert auf dreizehn Kriterien, anhand derer die Krankheitslast, ökonomische, ethisch-normative sowie pragmatisch-gesundheitspolitische Aspekte und der rechtliche Rahmen eines möglichen Gesundheitsziels geprüft werden. Außerdem wird der Reichweite und den Umsetzungschancen des Zielthemas ein hoher Stellenwert eingeräumt, womit die praktische Umsetzung unterstützt wird.“⁸

Die inhaltliche Entwicklung der Gesundheitsziele erfolgt in Arbeitsgruppen, in denen die beteiligten Akteure und externe Expert(inn)en zusammenarbeiten; hier die konkreten, aufeinander aufsetzenden Arbeitsschritte:

Analyse

Im ersten Schritt analysiert die Arbeitsgruppe die Ausgangslage, identifiziert Handlungsfelder (Prävention, Diagnostik, Patient(inn)enkompetenz, Aufklärung, Versorgung) und erstellt eine Bestandsaufnahme bisheriger Aktivitäten.

Zielformulierung

In der Phase der Zielformulierung werden Teilziele für die einzelnen Handlungsfelder für Zielgruppen oder auch für Settings entwickelt. Empfohlen wird, eine kleine Anzahl (maximal fünf) möglichst konkreter Teilziele zu formulieren.

⁸ gesundheitsziele.de (2017) Arbeitsweise. Abgerufen am 2. März 2017 von: www.gesundheitsziele.de.

Maßnahmenauswahl

An die Phase der Zielformulierung schließt sich die Auswahl geeigneter Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung an, die an wissenschaftlichen Evidenzkriterien orientiert ist. Aus dem so entstandenen Pool von Strategien und Maßnahmen werden dann „Startermaßnahmen“ abgeleitet, die zur prioritären Umsetzung geeignet sind, und den Systemakteuren empfohlen. Die Startermaßnahmen berücksichtigen die Kriterien „Bedeutung“, „Machbarkeit“ und „zeitnahe Umsetzbarkeit“. Alle definierten Ziele müssen zudem den Anforderungen der festgelegten Querschnittsanforderungen – wie Gender Mainstreaming, gesundheitliche Chancengleichheit, Evidenzbasierung – genügen.⁹

Welche Gesundheitsziele gibt es?

In den Jahren 2000 bis 2017 wurden insgesamt neun Gesundheitsziele zu unterschiedlichen Themen veröffentlicht.

Zu den krankheitsbezogenen Zielen gehören:

- Diabetes mellitus Typ 2; Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003),
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003),
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006).

Zu den präventionsbezogenen Zielen gehören:

- Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015),
- Alkoholkonsum reduzieren (2015; das Ziel wurde veröffentlicht, die Maßnahmen werden derzeit bearbeitet).

Zu den bevölkerungs- und altersgruppenbezogenen Zielen gehören:

- Gesundheit rund um die Geburt (2017),
- Gesund aufwachsen (2003; Aktualisierung 2011),
- Gesund älter werden (2012).

⁹ gesundheitsziele.de (2017) Arbeitsweise. Abgerufen am 2. März 2017 von: www.gesundheitsziele.de.

Die vierte Gruppe sind Ziele mit Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung. Dazu zählen:

- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011),
- Patientensicherheit.

Das zuletzt genannte Ziel „Patientensicherheit“ befindet sich derzeit in Bearbeitung.¹⁰

Die Gesundheitsziele im Detail

Im Jahr 2003 wurden die Gesundheitsziele „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ zusammen mit den Gesundheitszielen „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“, „Tabakkonsum reduzieren“, „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ veröffentlicht.

Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)

Dieses Gesundheitsziel ist auch 14 Jahre nach seiner Veröffentlichung aktueller denn je. Laut aktueller Ausgabe des IDF-Atlas leben mehr als 7,5 Mio. (inkl. Dunkelziffer) Erwachsene Menschen (20 bis 79 Jahr alt) mit der Erkrankung Diabetes mellitus (Typ 1 & 2) in Deutschland.¹¹

Im Detail ist dieses Gesundheitsziel in drei konkrete Handlungsfelder aufgeteilt. Bei dem Handlungsfeld „Primärprävention“ geht es um den konkreten Einfluss auf die individuelle Lebensweise (insbesondere das

10 Brasseit, U., & Wismar, M. (2002). Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen – Zielkorb zur exemplarischen Auswahl für gesundheitsziele.de. In GVG (Hrsg.), gesundheitsziele.de – Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (S. 71-100). Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH.

11 International Diabetes Federation. (2015). IDF Diabetes Atlas (7th ed.). Brüssel, Belgien: International Diabetes Federation.

Bewegungs- und Ernährungsverhalten) der gesunden Bevölkerung oder speziell ausgewählter Teilgruppen, um unterschiedlichste Krankheiten zu vermeiden. Im Handlungsfeld „Sekundärprävention“ geht es um die Früherkennung bei allen von Diabetes betroffenen Personen. Im dritten Handlungsfeld schließlich steht die Behandlung und Rehabilitation im Vordergrund. Die jeweiligen Ziele und Teilziele in diesem Aktionsfeld beinhalten die Beobachtung und therapeutische Intervention der Bevölkerung, bei der Diabetes mellitus diagnostiziert wurde. Dabei geht es darum, die Progression der Krankheit und das Auftreten von Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden. Außerdem berücksichtigen die Ziele und Teilziele frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)

Das Gesundheitsziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ ist von besonderer Bedeutung, da Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland ist.¹² Anders als im Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2“, ist das Gesundheitsziel „Brustkrebs“ in insgesamt acht Handlungsfelder und dementsprechend acht Zielen (mit weiteren Teilzielen) unterteilt. Die acht Ziele werden inhaltlich in folgende Themen unterteilt:

- Risikofaktoren/Primärprävention,
- Früherkennung/Sekundärprävention,
- Diagnostik, Therapie, Nachsorge,
- Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen,
- Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/
Patientenrechte,
- Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen,
- Rehabilitation,
- Register,
- Forschung.

¹² gesundheitsziele.de. (2003). gesundheitsziele.de - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Abgerufen am 18. Januar 2017 von Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/246/030214_bericht_final1_ag5.pdf.

Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)

Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ wurde ebenfalls zunächst 2003 veröffentlicht. Seit 2015 steht es als aktualisierte Fassung allen Akteuren des Gesundheitssystems sowie der Bevölkerung zur Verfügung. Unter anderem ist über die Erfolge der Tabakkontrollpolitik zu berichten, die Steuererhöhungen, die Erhöhung des so genannten Abgabealters von Tabakwaren, den Nichtrauchererschutz, die Tabakwerbverbote, die Abgaberegulungen, die Warnhinweise auf Zigarettenpackungen, die Tabakproduktregulierung sowie die Präventionskampagnen beinhalten.¹³

„Der Anteil der Raucherinnen und Raucher lag damals (2003) bei fast 35 Prozent der Erwachsenen, bei den Jugendlichen von 12-17 Jahren waren es 23 Prozent. (...) Heute (2015) hingegen ist die Raucherquote bei den Jugendlichen auf unter 10 Prozent und bei den Erwachsenen auf 24,5 Prozent gesunken.“

Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit¹⁴

Das Gesundheitsziel ist in drei Handlungsfelder unterteilt. Das erste Ziel befasst sich damit, dass Jugendliche und junge Erwachsene Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher bleiben. Dies wird mit sechs Teilzielen unterstützt. Das zweite Handlungsfeld umfasst den Rauchstopp in allen Altersgruppen (zweites Ziel mit vier Teilzielen). Das dritte Ziel „fordert“ mit drei Teilzielen die Gewährleistung des umfassenden Schutzes vor dem Passivrauchen. Zu jedem Ziel bzw. Teilziel wurden Maßnahmen und Adressaten für die Umsetzung benannt. Die gesamten Ziele, Teilziele, Maßnahmen und Adressaten befinden sich im Detail in der Broschüre des Gesundheitsziels.¹⁵

13 gesundheitsziele.de. (2015). Nationales Gesundheitsziel – Tabakkonsum reduzieren. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

14 Vgl. Grußwort in gesundheitsziele.de. (2015). Nationales Gesundheitsziel – Tabakkonsum reduzieren. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

15 gesundheitsziele.de. (2015). Nationales Gesundheitsziel – Tabakkonsum reduzieren. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2011)

Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ hat seinen Ursprung im Jahr 2003, es wurde 2011 aktualisiert. Die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland wachsen gesund auf. Jedoch wächst fast jedes sechste Kind in Deutschland in Armut auf (gemäß den Zahlen des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung aus dem Jahr 2008).¹⁶ Neben Armut, stellen auch Bewegungsmangel, Übergewicht und psychische Erkrankungen eine Herausforderung für das Wohl der Heranwachsenden dar.

„Die KiGGS-Studie kam zwar zu dem Ergebnis, dass es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland insgesamt gut geht. Allerdings sind Bewegungsmangel und Übergewicht mit wachsender Häufigkeit zu beobachten. Auch psychische Erkrankungen spielen eine zunehmende Rolle“
Dr. Philipp Rösler, Bundesminister für Gesundheit (2009–2011)¹⁷

Die Ziele und Teilziele mit den Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung sowie die entsprechenden Startermaßnahmen sind in verschiedene Settings unterteilt. Angefangen mit dem Setting Familie/Umfeld, über KiTa und Schule verfolgen sie zusammen insgesamt zehn Ziele mit entsprechenden Teilzielen, beispielsweise „Die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert“, „Bewegung von Kindern und Jugendlichen ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert“, oder aber auch „Familien ernähren sich gesund, Fehlernährung ist reduziert“.¹⁸

16 gesundheitsziele.de. (2010). Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

17 Vgl. Grußwort in gesundheitsziele.de. (2010). Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

18 gesundheitsziele.de. (2010). Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)

Das Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ wurde im Jahr 2003 der Öffentlichkeit vorgestellt und 2011 aktualisiert. Eine starke Patient(inn)ensouveränität kann zu einer verbesserten Patient(inn)enorientierung im Gesundheitswesen führen. Erhöhte gesundheitliche Kompetenz zielt auf eine positive Veränderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von Betroffenen ab, fördert die Prävention und verbessert die Behandlungsfolge.¹⁹

Das Gesundheitsziel unterteilt sich in vier Handlungsfelder:

- Handlungsfeld 1: Transparenz erhöhen,
- Handlungsfeld 2: Kompetenz entwickeln,
- Handlungsfeld 3: Patient(inn)enrechte stärken und
- Handlungsfeld 4: Beschwerdemanagement verbessern.

Aus diesen Handlungsfeldern wurden 2003 vier Ziele mit jeweils drei Teilzielen entwickelt, die auch nach ihrer Überprüfung im Jahr 2011 weiterhin Gültigkeit besitzen. Bei der Aktualisierung ist aufgefallen, dass einzelne (Starter)maßnahmen abgeschlossen und andere als noch ausbaufähig identifiziert wurden. Und bei wiederum anderen wurde der Bedarf für eine kontinuierliche Umsetzung festgestellt. Bis heute steht die Implementierung der neu empfohlenen Maßnahmen an, um die Ziele und Teilzeile möglichst weitgehend durchzusetzen. Ziele sind, unter anderem „Bürger/innen und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt“ und „Individuell angemessene und von Bürger/in bzw.

19 gesundheitsziele.de. (2011). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken – Bilanzierung, Aktualisierung, zukünftige prioritäre Maßnahmen. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V..

Patient/in gewünschte gesundheitsbezogene Kompetenzen sind gestärkt; motivierende und unterstützende Angebote sind verfügbar“.²⁰

Nach diesen ersten Gesundheitszielen wurden in den Folgejahren weitere Gesundheitsziele entwickelt:

Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)

Das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ erschien im Jahr 2006 und gehört zu der Gruppe der krankheitsbezogenen Zielen. Nach dem Klassifikationssystem der ICD-10 werden depressive Störungen unter dem Begriff „Affektive Störungen“ zusammengefasst, die sowohl „Manie“ als auch „Depression“ als Pole des Gesamtspektrums umfassen. Im Allgemeinen treten depressive Störungen auch häufig mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf und stellen dabei auch einen Risikofaktor dar, der bei Volkskrankheiten, wie z.B. koronare Herzkrankheit, Schlaganfall oder Diabetes mellitus, häufig den Chronifizierungsprozess verstärken kann, und dadurch zu einer höheren Morbidität und Mortalität führen kann.

„Die Bedeutung seelischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren weltweit erheblich zugenommen. Depressive Erkrankungen haben für die Betroffenen und ihr Umfeld schwerwiegende Folgen.“

Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit (2001-2009)²¹

Dieses Gesundheitsziel ist in sechs Handlungsfelder aufgeteilt:

- Handlungsfeld 1: Aufklärung,
- Handlungsfeld 2: Prävention,

²⁰ gesundheitsziele.de. (2011). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken – Bilanzierung, Aktualisierung, zukünftige prioritäre Maßnahmen. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

²¹ Vgl. Grußwort in gesundheitsziele.de. (2006). 6. nationales Gesundheitsziel – Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

- Handlungsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie,
- Handlungsfeld 4: Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen,
- Handlungsfeld 5: Rehabilitation und
- Handlungsfeld 6: Versorgungsstruktur.

Zu diesen Handlungsfeldern wurden insgesamt sechs Ziele mit zahlreichen Teilzielen erarbeitet. Ziele sind beispielsweise „Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können“ und „Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert“.²² Zurzeit wird das Gesundheitsziel evaluiert.

Gesund älter werden (2012)

Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde im Jahr 2012 veröffentlicht. Durch den demografischen Wandel und die damit verbundenen Auswirkungen auf die individuelle, gesundheitliche Situation der älter werdenden Bevölkerung nimmt dieses Gesundheitsziel einen bedeutsamen Stellenwert ein. Die Häufigkeit und das Spektrum an Erkrankungen haben sich bereits verändert und werden sich noch weiter verändern. Insbesondere werden chronische Erkrankungen, Multimorbidität und der Bedarf an Pflegeleistungen kontinuierlich zunehmen.

„Für mich ist das neue Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ein wichtiger Baustein, um auch Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft zielgerecht zu gestalten. Dies ist notwendig, denn unsere Gesellschaft steht durch den demografischen Wandel vor ganz neuen Herausforderungen.“

Daniel Bahr, Bundesminister für Gesundheit (2011-2013)²³

22 gesundheitsziele.de. (2006). 6. nationales Gesundheitsziel – Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V..

23 Vgl. Grußwort in gesundheitsziele.de. (2012). Nationales Gesundheitsziel – Gesund älter werden. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ist in drei Handlungsfelder aufgeteilt:

- Handlungsfeld 1: Gesundheitsförderung und Prävention:
Autonomie erhalten,
- Handlungsfeld 2: Medizinische, psychosoziale
und pflegerische Versorgung,
- Handlungsfeld 3: Besondere Herausforderungen.

Die jeweiligen Handlungsfelder sind mit Zielen unterlegt. Insgesamt zählt das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ 13 Ziele, beispielsweise „Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.“ und „Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert.“²⁴

Alkoholkonsum reduzieren (2015; Ziele wurden veröffentlicht, Maßnahmen werden derzeit bearbeitet)

Das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ wurde im Jahr 2015 (teil)veröffentlicht und ins Präventionsgesetz aufgenommen. Bislang wurden allerdings lediglich die Ziele und Teilziele publiziert, an den konkreten Maßnahmen wird noch gearbeitet. Die negativen gesundheitlichen Folgen durch den Konsum von alkoholischen Getränken zählen zu den gravierendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland. Ebenso werden Menschen mit alkoholbezogenen Störungen oft diskriminiert. Obwohl diverse Statistiken zu dem Ergebnis kommen, dass der Konsum von alkoholischen Getränken in den letzten Jahren weniger wird, besteht nach wie vor Handlungsbedarf.

Dieses Gesundheitsziel ist in sechs Handlungsfeldern mit jeweils einem Ziel und weiteren Teilzielen gegliedert:

- Handlungsfeld 1: Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft,
- Handlungsfeld 2: Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens,

²⁴ gesundheitsziele.de. (2012). Nationales Gesundheitsziel – Gesund älter werden. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

- Handlungsfeld 3: Gemeinwesen- und lebensweltorientierte Ansätze,
- Handlungsfeld 4: Alkohol im Straßenverkehr,
- Handlungsfeld 5: Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden,
- Handlungsfeld 6: Monitoring und Evaluation.

Ziele sind beispielsweise „Das Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft ist gesteigert“ und „Die gesellschaftliche Akzeptanz des riskanten Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens ist reduziert“.²⁵

Gesundheit rund um die Geburt (2017)

Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ist sozusagen das „Baby“ unter den Zielen und wurde Anfang 2017 veröffentlicht. Es ist das dritte lebensphasenbezogene Gesundheitsziel, nach „Gesund älter werden“ und „Gesund aufwachsen“.

„Sowohl in der Schwangerschaft als auch rund um die Geburt wollen Eltern die besten Voraussetzungen schaffen, damit es ihrem Kind gut geht und es wohlbehalten das Licht der Welt erblickt. Sie treffen Entscheidungen, die ihre Gesundheit und die ihres Kindes beeinflussen, sind besonders zugänglich für verhaltenspräventive Maßnahmen und offen dafür, Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Gesundheitsförderlichen Lebenswelten und Rahmenbedingungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.“
Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit²⁶

Das Gesundheitsziel ist in fünf Ziele unterteilt:

- Ziel 1: „Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.“
- Ziel 2: „Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.“
- Ziel 3: „Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.“

25 gesundheitsziele.de. (2015). Nationales Gesundheitsziel – Alkoholkonsum reduzieren. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung.

26 Vgl. Grußwort in gesundheitsziele.de. (2017). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

- Ziel 4: „Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.“
- Ziel 5: „Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.“

Zu den fünf Zielen hat die Arbeitsgruppe Teilziele und Maßnahmenempfehlungen mit Adressaten erarbeitet.²⁷

Patientensicherheit (in Bearbeitung)

Das Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ befindet sich zurzeit (Mai 2017) noch in der Bearbeitung.

Ziele im PräVG

Im Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) in Kraft. Damit wurde erstmals eine gesetzliche Grundlage für nationale Gesundheitsziele in Deutschland geschaffen. In anderen Worten: Mit diesem Gesetz sind die nationalen Gesundheitsziele erstmals verbindlich!

Diese im Gesetz verankerte Verbindlichkeit gilt für den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen²⁸, der folgende Ziele (inkl. der Teilziele) in seine Arbeit einbeziehen muss:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)
- Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)

²⁷ gesundheitsziele.de. (2017). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

²⁸ Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. Berlin.

- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2011)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)
- Alkoholkonsum reduzieren (2015; Ziele wurden veröffentlicht, Maßnahmen werden zurzeit bearbeitet)²⁹

Fazit

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de vereint die wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens – insgesamt rund 140 Institutionen und Organisationen – auf einer konsensgeprägten Plattform unter dem Dach der GVG. Während der vergangenen 17 Jahre wurden hier insgesamt neun Gesundheitsziele erarbeitet. Die besondere Bedeutung des nationalen Gesundheitszieleprozesses wird durch die Verankerung von insgesamt acht Gesundheitszielen im Präventionsgesetz – PräVG von 2015 dokumentiert. Erkennbar und von allen Akteuren anerkannt wird, dass die nationalen Gesundheitsziele ein bedeutsames, unverzichtbares gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument sind. Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Ausschusses von gesundheitsziele.de bringt dies folgendermaßen auf den Punkt:

„Die Gesundheitsziele sind im Präventionsgesetz verankert.“³⁰

29 Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Abgerufen am 17. Januar 2017 von Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Drucksache 18/4282: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf>.

30 ersatzkasse magazin (2013) Drei Fragen an Rainer Hess. Ausgabe 3./4.2013, Seite 38.

EHEALTH – VOM ELEKTRONISCHEN REZEPT ZUM DIGITALISIERTEN GESUNDHEITSSYSTEM

Jürgen Dolle, Leiter Sozialpolitik, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)¹

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lagen die Ausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland im Jahr 1992 bei rund 159 Milliarden Euro, 2005 waren es bereits 242 Milliarden Euro, im Jahr 2012 erstmals über 300 Milliarden Euro (exakt: 302,9 Milliarden Euro). 2016 beliefen sich die Ausgaben für das Gesundheitswesen auf 328 Milliarden Euro. In rund 25 Jahren haben sie sich in Deutschland also mehr als verdoppelt. Dieser Trend wird sich, da sind sich alle Experten einig, in den nächsten Jahren weiter fortsetzen. Die Autoren einer Studie von Roland Berger gehen für das Jahr 2020 von einem Ausgabenvolumen für „Gesundheit“ in Deutschland von rund 420 Milliarden Euro aus.²

Die Bedeutung von eHealth für das Gesundheitswesen

Bereits in den frühen 90er Jahren des vergangenen Jahrtausends bestand ein begründeter „Anfangsverdacht“, dass die Informations- und Kommunikationstechnologien großes Gestaltungs- und Optimierungspotenzial für gesellschaftlich relevante Prozesse haben könnten. Wissenschaft und Industrie unternahmen große Anstrengungen und steuerten wertvolle Entwicklungen für das komplexe Geschäftsfeld Telematik bei. Die Akteure der Politik auf Bundes- wie Länderebene erkannten zunehmend das Potenzial telematischer An-

1 Der Autor dieses Beitrages war zwischen 2000 und 2005 Koordinator des Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG), im Anschluss und bis Oktober 2016 Leiter der Abteilung eHealth der GVG.

2 Haushaltsentwurf 2017 und Finanzplan bis 2020 – die richtigen Schwerpunkte ohne neue Schulden; <http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Pressemitteilungen/Finanzpolitik/2016/07/2016-07-06-PM.html>, Abruf am 28.11.2016.

wendungen zur Qualitätsoptimierung und Kostenreduktion auch im Gesundheitswesen.

Im November 1994 berief Helmut Kohl Jürgen Rüttgers als Bundesminister für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie zum Mitglied der Bundesregierung. Rüttgers sollte mit diesem neu geschaffenen Amt die Innovationsfreudigkeit der damaligen Bundesregierung repräsentieren. Sein Ministerium wurde als Zukunftsministerium bezeichnet und ein Schwerpunktthema lag auf den Kommunikationstechnologien. Beispielsweise brachte Rüttgers das IuKDG (Informations- und Kommunikationsdienste-Gesetz) auf den Weg. Noch während seiner Amtszeit (1996) – er schied nach der verlorenen Bundestagswahl 1998 aus der Regierung aus – beauftragte er das Beratungsunternehmen Roland Berger mit einer umfassenden Studie zu dem Geschäftsfeld Informationstechnologien. Erkenntnisleitende Fragestellung bei dem Themenkomplex „Gesundheit“ war: Warum kommt der Telematik im Gesundheitswesen bisher ein so geringer Stellenwert zu? Ziel der Studie war es, der Bundesregierung Vorschläge für eine flächendeckende Anwendung von Telematik zu unterbreiten.

In der Studie wurden zahlreiche Empfehlungen formuliert, die auf die Optimierung der IT-Landschaft in Deutschland abzielten.³ Im Kapitel „Gesundheitsvorsorge und -versorgung“ wurden die Vorteile dieser Techniken für das Gesundheitswesen beschrieben.⁴ Die Empfehlung 1 „Initiative zum Aufbau der Infrastruktur für die ‚Gesundheitsplattform‘“ kann letztendlich als Gründungsauftrag für das Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG) unter dem Dach der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) gewertet werden: „Der Selbstverwaltung wird empfohlen, kurzfristig eine gemeinsame Willensbildung aller Handelnden im Gesundheitswesen herbeizuführen mit der Zielsetzung, den Aufbau der Infrastruktur für eine bun-

3 Telematik im Gesundheitswesen – Perspektiven der Telemedizin in Deutschland – für Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und Bundesministerium für Gesundheit, München, August 1997.

4 Ebda., S. 8.

desweite „Gesundheitsplattform“ zu beschließen. Eine Aktionsgruppe der Organe der Selbstverwaltung sollte gemeinsam eine Strategie der Informationsnutzung verabschieden.“⁵

Die Selbstverwaltungsorganisationen und die private Krankenversicherung (PKV) griffen also diese Empfehlung der Roland-Berger-Studie auf und beauftragten die GVG mit der Gründung des ATG. In der GVG – so die einhellige Meinung – sei dieses bestens platziert und bereits kurzfristig arbeitsfähig. Am 25. November 1998 wurde daher im Rheinhof Dreesen in Bonn in einer Sitzung unter Leitung des Vorsitzenden der GVG, Dr. Herbert Rische, das ATG als Einrichtung der Selbstverwaltungsorganisationen und der PKV unter dem Dach der GVG gegründet. Vorsitzender des ATG wurde Dr. jur. Manfred Zipperer, vormalig Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Er hat in dieser Funktion – von 1998 bis 2004 – maßgeblich zum Erfolg des Aktionsforums beigetragen. Beteiligt waren neben Mitgliedern der GVG auch Vertreter mit Gaststatus aus Industrie, Forschung und Ministerien (BMG, BMWA und BMBF). Das ATG entwickelte sich im Laufe dieser Jahre zu einer Plattform für eine geordnete Debatte und somit für eine konsenterte Entwicklung von Telematik, ganz im Sinne der Tradition der federführenden Gesellschaft, die seit ihrer Gründung im Jahre 1947 der Konsensbildung verpflichtet ist. Ziel war aber nicht nur, gemeinsam konzeptionelle Entwürfe zu erarbeiten und vorzulegen, sondern auch, Wissen durch Publikationen und Veranstaltungen transparent und zugänglich zu halten.

In einer ersten Plenumsveranstaltung im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn im August 1999 wurde das ATG der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt. An der Veranstaltung nahm unter anderem die damalige Bundesministerin für Gesundheit, Andrea Fischer, teil. Die Erwartungshaltung der interessierten Szene (Industrie und Wissenschaft) war enorm. Endlich sollte der jahrelange Stillstand in der Telematik im

⁵ Ebda., S. 15f.

Gesundheitswesen durch gezielte und im Konsens erarbeitete Vorgaben der Leistungserbringer und Kostenträger aufgehoben werden.

Das für das ATG – wie auch für seine „Dachorganisation“ – geltende Konsensprinzip war gleichermaßen seine Stärke wie auch eine ständige Herausforderung. Es dauerte bisweilen lange, bis belastbare Aussagen erreicht wurden. Aber diese im Konsens in den Gremien und Arbeitsgruppen entstandenen Aussagen und Handlungsempfehlungen konnten dann als solide Ergebnisse Orientierung für den weiteren Prozess bieten und auf diese Weise Telematikmeilensteine in den sich anschließenden Diskussionen und Entwicklungen werden. Die ATG-Trägerorganisationen setzten es sich zum Ziel, durch einen sektorenübergreifenden Einsatz moderner Informationstechnologien in ausgewählten Bereichen des Gesundheitswesens die Qualität der medizinischen Versorgung zu optimieren, patientenorientierte Angebote zu verbessern und Wirtschaftlichkeitspotenziale im Gesundheitssystem zu erschließen.

Bis zum Jahr 2004 wurden auf dieser nationalen Konsensplattform zentrale Empfehlungen für eine übergreifende Implementierung IT-gestützter Verfahren im Gesundheitswesen entwickelt und die wesentlichen Grundsteine für den Einsatz telematischer Applikationen im deutschen Gesundheitssystem gelegt. Das ATG hat somit über sechs Jahre die für diese Ziele notwendigen Kompetenzen und objektivierenden Verfahren gebündelt und die erforderlichen Maßnahmen bis zur Ausführungsreife gebracht.

Ende 2004 wurde das ATG aufgelöst. An seine Stelle trat ab 2005 der GVG-Ausschuss eHealth/Telematik im Gesundheitswesen. Er begleitete den Aufbau der Telematikplattform beziehungsweise der eHealth-Infrastruktur unter anderem mit seiner eHealth-Konferenzreihe, mehr als 30 Ausschusssitzungen sowie mehreren Publikationen. Insgesamt also befasste sich die GVG zwischen 1998 und 2016 intensiv mit dem Thema eHealth. Sie erarbeitete und lieferte in dieser Zeit wesentliche Bausteine für den sektorenübergreifenden Aufbau der Telematikplattform.

Von der Analyse zu ersten Konzepten

Die vor rund 20 Jahren eingeforderten Reformen im Gesundheitswesen hatten auch verbesserte Informations- und Kommunikationsprozesse zwischen den Systemakteuren zum Ziel. Das ATG hat im Interesse seiner Mitglieder den Sachverstand der Trägerorganisationen hierzu gebündelt. Erklärtes Ziel war, Empfehlungen zu entwickeln, die weit über den bilateralen oder sektoralen Rahmen hinausgingen. Ein weiteres Auseinanderstreben der bereits entstehenden IT-Lösungen sollte verhindert werden, indem die zuständigen Akteure aus Selbstverwaltung und privater Krankenversicherung die optimalen Lösungswege erarbeiteten und dann als im Konsens vereinbarte Vorgehensweisen den zuständigen Gremien der Beteiligten vorschlugen. Dabei fand die Zusammenarbeit nicht nur im Kreis der Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens statt. Die durch die Politik gesetzten Rahmenbedingungen wurden hierbei ebenso berücksichtigt wie die Konzepte und das Know-how von Industrie und Wissenschaft und deren Verbänden. Weiterhin stimmte man sich mit den Datenschutzbeauftragten sowie den Bürger- und Patientenvertretungen ab. Die Sicherung und Kommunikation der erarbeiteten Ergebnisse war immer eine zentrale ATG-Aufgabe. Wichtige Instrumente dafür waren die strategisch und auf Konsens angelegten Handlungsempfehlungen („Managementpapiere“) für die Führungskräfte der Trägerorganisationen sowie die regelmäßigen, mehrtägigen Kongresse und ihre publizistische Aufbereitung.

Managementpapiere

Temporär eingesetzte Teams des ATG mit Experten aus den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems erarbeiteten zwischen Ende 1999 und Ende 2004 – in zwei Phasen unterteilt – Managementpapiere zu Informations- und Kommunikationsprozessen sowie konkreten Routineanwendungen des Gesundheitswesens. Die Themen lauteten:

- Elektronisches Rezept
- Elektronischer Arztbrief
- Sicherheitsinfrastruktur
- Pseudonymisierung / Anonymisierung
- Patienteninformationssysteme
- Elektronische Patientenakte
- Europa⁶

Diese Papiere konnten den Trägerorganisationen des ATG und (parallel) der Politik zu ihren konkreten Implementierungsaktivitäten als übergreifende, strategisch ausgerichtete Empfehlungen zur Verfügung gestellt werden. Zu dem Eurothema wurde eine Studie in Auftrag gegeben und im Jahr 2001 als weiteres Beratungsinstrument veröffentlicht.⁷

Managementpapiere I

In der ersten Phase – ab Februar 2000 – wurden Managementpapiere zu den Themen elektronisches Rezept, elektronischer Arztbrief, Sicherheitsinfrastruktur sowie die erwähnte Studie die europäische Dimension von Telematik erarbeitet. Zu allen vier Themenfeldern wurden Teams eingesetzt, deren Ziel es war, in ihrem jeweiligen Segment mögliche Lösungsoptionen und auch denkbare Konflikte präzise zu benennen, um so eine valide Basis für weitere konsensorientierte Abstimmungs- und Implementierungsprozesse vorzulegen.

-
- 6 Die Managementpapiere „Elektronischer Arztbrief, Elektronisches Rezept“ sowie „Sicherheitsinfrastruktur“ stehen als Online-Publikationen auf der Webseite www.gvg.org zum Download zur Verfügung. Die Managementpapiere „Elektronische Patientenakte“ und „Pseudonymisierung/Anonymisierung“ (Kurzfassungen) sind zudem als Informationsdienste 304 bzw. 302 verfügbar.
- 7 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.); Schug, Stephan H.: Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen. Internationale Studie des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen. Köln 2001 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 36].

Elektronisches Rezept (eRezept)

Ausgangspunkt war, dass der Aufbau der Telematikplattform für das Gesundheitswesen mit der Einführung des eRezepts begonnen werden sollte, als eine sogenannte „Schuhlöffelfunktion“. Das eRezept sollte in absehbarer Zeit realisiert werden und eine deutliche Verbesserung des Informationsgefüges im Gesundheitswesen bewirken. Von seiner Einführung wurden eine erhebliche Verbesserung des Datenflusses und damit eine Reduzierung des personellen und finanziellen Aufwands für die Bereitstellung und Bezahlung von Medikamenten erwartet.

Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)

Im Managementpapier zum eArztbrief ging das ATG-Team davon aus, dass die ärztliche Kommunikation über Patientinnen und Patienten Texte wie Epikrisen, Diagnosen, Behandlungsempfehlungen, Befunde, Laborwertmitteilungen, Überweisungen, Einweisungen, Gutachten und Rezepte umfasst. Postuliert wurde, dass ein elektronischer Datenaustausch in diesem Bereich eine effizientere Kommunikation ermögliche, die Patientendaten schneller transportiere und im Notfall besser verfügbar mache.

Sicherheitsinfrastruktur

Die Sicherheitsinfrastruktur sei eine wesentliche Komponente einer Telematikplattform, waren sich die Akteure im Team einig. Sie erfordere die Festlegung von organisatorisch-technischen Elementen (Aufbau und Ablauf), inhaltlichen und technischen Standards – auf der Grundlage allgemeiner Normen und Standards – sowie gemeinsame Maßnahmen der Selbstverwaltung zu ihrem flächendeckenden Aufbau. Kommunikation im Gesundheits- und Sozialwesen finde bereichs- und sektorenübergreifend statt. Deshalb müsse eine Infrastruktur für die elektronische Kommunikation gemeinsam definiert werden, um Insellösungen zu vermeiden.

Europäische Dimension

Das „Europa-Team“ begleitete die Erstellung einer Studie zur europäischen und internationalen Dimension von Telematik im Gesundheits-

wesen. Vor dem Hintergrund der Situation in Deutschland galt es, Transparenz über den Stand der Telematik im Gesundheitswesen in europäischen und wichtigen außereuropäischen Staaten zu erhalten. Dies betraf Einflussmöglichkeiten und bisherige Initiativen seitens der EU-Kommission und anderer internationaler Organisationen. Mittlerweile ist es Allgemeingut, dass Gesundheitspolitik nicht mehr allein im nationalen Kontext betrieben werden kann.

Erwähnenswert ist, dass das ATG von Beginn an international orientiert war. Nicht nur die Europa-Studie, auch das ATG-Engagement bei EHTEL, der bis 2003 von der Europäischen Kommission geförderten European Health Telematics Association, sind hier herausragende Beispiele. Der ATG-Vorsitzende, Dr. Manfred Zipperer, war bis Ende 2004 Mitglied im Board of Directors von EHTEL. Bei diesem internationalen Engagement ging es um die frühzeitige Absicherung der eigenen nationalen Telematik-Bestrebungen; von Beginn an sollten, so die Überzeugung, europaweit kompatible IT-Strukturen berücksichtigt werden.

Zwischenfazit I

Die erfolgreiche erste Reihe der von der GVG initiierten Managementpapiere bedeutete einen wichtigen Schritt in Richtung Konsensfindung. Was nun folgen musste, war die Abstimmung der einzelnen Segmente für erste organisatorische Umsetzungsschritte, also für die Telematikimplementierung.

Die Trägerorganisationen des deutschen Gesundheitswesens sahen als grundlegenden Schritt für eine gemeinsame Telematikplattform die Realisierung des eRezepts an. Diesem wurden seinerzeit die größten Rationalisierungs- und Nutzeneffekte beigemessen. Bereits im Roland-Berger-Gutachten spielte das eRezept eine herausragende Rolle. Basis für diese erste Anwendung sollte eine umfassende und sektorenübergreifende Sicherheitsinfrastruktur sein. Daher galt es, das Manage-

mentpapier zum eRezept nachzuarbeiten und für die anstehende Implementierung weiter zu präzisieren. Ein Planungsauftrag sollte zudem die weiteren Umsetzungsschritte benennen.

Meilenstein der Konsolidierung: Das Kölner Modell

Auf Anregung des ATG wurde daher ein Team aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerverbände (ABDA), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eingesetzt und von der Geschäftsstelle moderiert. Der Arbeitsauftrag war eindeutig: Da die bisherigen Diskussionen auf eine unversöhnliche Polarisierung „Kartenslösung versus Serverkonzept“ hinausgelaufen waren, sollten geeignete Alternativen zu dieser binären Perspektive eröffnet und Vermittlungsvorschläge für eine gemeinsame Gestaltung der Rahmenvorgaben erarbeitet werden. Technische Details sollten zugunsten von Akzeptanz, Machbarkeit und Wirtschaftlichkeit zunächst in den Hintergrund treten.

Das Ergebnis dieser Anstrengungen war ein Grundkonsens. Es entstand das „Kölner Modell“, ein modularer Stufenplan, der im Kern auf die Anforderungen an eine Telematikimplementierung im deutschen Gesundheitswesen verwies. Dieser Entwurf lag im Februar 2002 vor und wurde in die weiteren Prozesse eingespeist. Es bestanden nämlich zwischen den Organisationen des Gesundheitssystems zu den Aspekten „langfristige Perspektive“ sowie „Aufbau der Telematikplattform“ keine grundsätzlichen Auffassungsunterschiede.

Verdeutlicht wurde allerdings der Dissens über technische Entscheidungen oder Spezifikationen. Ein vorrangiges Anliegen der Apotheker war die Forderung nach einer neuen Versichertenkarte auf Prozessorchipbasis, die auch die Arzneimitteldokumentation aufnehmen sollte. Die übrigen Spitzenorganisationen hingegen betrachteten diese Funktion als eine Ergänzung zum eRezept, die parallel entwickelt werden

sollte. Sie ordneten sie systematisch den Fragen einer einrichtungsübergreifenden ePA zu und sahen bei der ausschließlichen Realisierung des eRezepts die bisherige Krankenversichertenkarte (KVK) als ausreichend an.

Erste Umsetzungsschritte für die Telematikimplementierung

Die Selbstverwaltungsorganisationen und die PKV etablierten einen Arbeitskreis Umsetzungsbeauftragte, der auf Grundlage der ersten ATG-Handlungsempfehlungen konkrete Schritte für die Telematikimplementierung entwickelte. Auch für diesen Arbeitskreis übernahm das ATG die Geschäftsführung und Moderation. Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse – ATG-Managementpapiere, Kölner Modell –, entwickelte der Arbeitskreis Umsetzungsbeauftragte schließlich zu Beginn des Jahres 2003 ohne weitere Unterstützung und Moderation durch das ATG eine europaweite Ausschreibung für einen Planungsauftrag. Dieser Auftrag der Selbstverwaltungsorganisationen (GKV, PKV, KBV, BÄK, DKG) für eine Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen wurde im Spätsommer 2003 an ein Konsortium bestehend aus IBM und ORGA Kartensysteme vergeben; seine Ergebnisse lagen im März 2004 vor. IBM / ORGA analysierte die beiden Modelle (Kartenlösung / Serverkonzept), erstellte ein Realisierungskonzept für die flächendeckende Implementierung von eRezept und eArztbrief einschließlich der Konzeption für den Aufbau und Betrieb der notwendigen organisatorisch-technischen Infrastruktur sowie der Vorbereitung von Schnittstellen für eine dezentrale ePA. Dazu gehörten auch Projektpläne, Kostenschätzungen, Zeitpläne und ein Organisationsmodell. Die Geschäftsführung für das Verfahren lag bei der PKV. Das BMG wurde über das Verfahren und die Inhalte informiert. Die Arbeiten fanden auch vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Modernisierung der GKV (GKV-Modernisierungsgesetz, kurz GMG) vom 14. November 2003 statt, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum 1. Januar 2006 vorsah.

Zusammenfassend kamen IBM / ORGA zu dem Ergebnis, dass die Einführung des eRezepts auf Basis des serverbasierten Szenarios, insbesondere im Zusammenspiel mit einem stringent online-geführten Versichererstammdatenmanagement, sowohl aus Wirtschaftlichkeits- als auch aus Steuerungs- und Transparenzgründen so bald als möglich erfolgen sollte. Mit dem eRezept seien aufgrund der Vermeidung von Medienbrüchen die größten Einsparungen und Nutzenpotenziale zu erwarten. Zudem könne es Ausgangspunkt für die Einführung einer Arzneimitteldokumentation sein. Die Investitionskosten wurden in der Größenordnung von 1,0 bis 1,4 Milliarden Euro beziffert. Diese würden sich innerhalb von 31 bis 46 Monaten amortisieren.

Im Anschluss wurde Ende März 2004 ein Interimsprojektbüro (protegonet) beim IKK-Bundesverband in Bergisch-Gladbach eingerichtet, dessen Aufgabe es war, das eRezept als erste Anwendung zu realisieren. Beteiligt waren die nach § 291a SGB V benannten Organisationen sowie die PKV. protegonet wurde Anfang des Jahres 2005 in eine Projektorganisation (gematik) mit Sitz in Berlin überführt.

Managementpapiere II

Im Anschluss an die ersten Strategiepapiere wurden in einer zweiten Phase Ende 2001 weitere Managementpapiere zu den Themen Pseudonymisierung / Anonymisierung, Patienteninformationssysteme sowie die elektronische Patientenakte in Auftrag gegeben.

Pseudonymisierung / Anonymisierung

Das hierfür eingesetzte ATG-Team befasste sich mit den ordnungspolitischen Aspekten der Methoden zur Pseudonymisierung und Anonymisierung unter Berücksichtigung der möglichen Szenarien zur Datenaggregation im Gesundheitswesen. Dabei konnten ein gemeinsames Verständnis der Problemlage und mögliche Lösungsansätze bei den Beteiligten herbeigeführt und eine gemeinsame Vorgehensweise erar-

beitet werden. Das Team zeigte mögliche Strukturen für die Umsetzung von Datentransparenzverfahren und den zu deren Realisierung erforderlichen Handlungsbedarf auf. Mit dem Managementpapier wurden Empfehlungen zu der Frage erstellt, wie durch technische und organisatorische Maßnahmen der Schutz der Patientendaten in diesem Zusammenhang gewährleistet werden konnte. Dabei wurde auf technische Details verzichtet. Ziel war es, Richtlinien für globale Verfahrensweisen bei der Pseudonymisierung und Anonymisierung von Daten aufzuzeigen (zum Beispiel Zeitpunkt der Pseudonymisierung, zentrale / dezentrale Pseudonymisierung). Das Team vertrat die Auffassung, dass ausgehend von differenzierten Anforderungen ein Konzept dafür entwickelt werden müsse, welche Daten zur Erfüllung der speziellen Zwecke notwendig seien, wo diese Daten vorliegen sollten und auf welche Weise sie bereitgestellt werden könnten. Ein belastbares Ergebnis dieser Gruppe konnte Ende 2003 in den Gesetzgebungsprozess eingesteuert und dem BMG zur Verfügung gestellt werden.

Patienteninformationssysteme

Internetbasierte Patienteninformationssysteme können einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge und -versorgung leisten. Sie können effiziente Wissensquellen sein und erfüllen dann eine bedeutende Rolle als Kommunikationsmedium zwischen medizinischen Experten, Patienten sowie gesundheitlich interessierten Bürgern. Unter anderem zu diesem Ergebnis kam das eingesetzte ATG-Team. Das Managementpapier empfahl für die Überarbeitung beziehungsweise Neuentwicklung von Patienteninformationssystemen Kriterien für den Aufbau, die Darstellung und den Inhalt dieser Seiten. Einen Schwerpunkt legte das Team dabei auf den barrierefreien Zugang zu Patienteninformationssystemen. Hier böten, so die Verfasser des Managementpapiers, vorhandene Gesetze wie zum Beispiel das Behindertengleichstellungsgesetz oder die barrierefreie Informationstechnikverordnung einen gesetzlichen Rahmen für den Aufbau von Internetseiten.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die ePA wird im ATG-Managementpapier als eine IT-gestützte strukturierte Dokumentation verstanden, in der die zeitlich und räumlich verteilt erhobenen Gesundheitsdaten eines Menschen zusammengefasst werden. Die ePA bildet somit die aktuelle Summe aller im Laufe der Zeit aus lokal (auf der Gesundheitskarte) und peripher (in Gesundheitsnetzen) gespeicherten gesundheitsrelevanten Daten. Gleichzeitig wird sie laufend ergänzt und ist somit ein dynamisch anwachsendes Konstrukt. Sie beinhaltet grundsätzlich sämtliche den Patienten und die Leistungserbringer betreffenden medizinischen und administrativen Behandlungsangaben einschließlich derjenigen, die der Prävention dienen. Die Daten werden nach einheitlichen Ordnungskriterien elektronisch erfasst und gespeichert. Diese einrichtungsübergreifende ePA ermöglicht die problemorientierte Transparenz der Krankengeschichte mit dem Ziel bestmöglicher Versorgung und Minimierung unerwünschter Belastungen, Verzögerungen und Doppelleistungen. Ziele der ePA seien, so führte das ATG-Team aus, neben den Verbesserungen des vorhandenen Gesundheitssystems auch die Schaffung einer technischen Grundlage beispielsweise für die integrierte Versorgung. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer verlange nach einer zeitnahen Transparenz hinsichtlich der Untersuchungen, Diagnosen und Therapien der jeweiligen Vorbehandler.

Zwischenfazit II

Alle Managementpapiere wurden in GVG-Ausschusssitzungen verabschiedet und den GVG-Mitgliedern und der Politik als konsentiertere Grundkonzepte übergeben. Die Papiere zeigten eindrucksvoll die Notwendigkeit einheitlicher Verfahrensnormen, sie dienten als Grundlage für verbindliche Beschlüsse der Selbstverwaltungsorgane für politisches Handeln. Diese konnten so eine erfolgreiche Strategie des stu-

fenweisen Vorgehens entsprechend den im Konsens erarbeiteten kurz- oder mittelfristigen Aufgabenstellungen verfolgen. Die Grundproblematik, wie technische und organisatorische Insellösungen überwunden werden konnten, schien gemeinschaftlich beantwortet: durch den schrittweisen und abgestimmten Aufbau einer Telematikplattform, beginnend mit den Applikationen eRezept und eArztbrief.

Das GKV-Modernisierungsgesetz

Vor dem Hintergrund der bisher beschriebenen konzeptionellen Entwicklung und Verständigung bildet das Gesetz zur Modernisierung der GKV (GMG) vom November 2003 die rechtliche Grundlage auch für den Telematikeinsatz im deutschen Gesundheitssystem. Nie zuvor hatte ein das Gesundheitssystem bestimmendes Gesetz eine derart ausgeprägte informationstechnologische Komponente enthalten. Das heißt auch: Nie zuvor standen die verantwortlichen Organisationen des deutschen Gesundheitssystems – Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen – vor einer derart umfassenden IT-Reform.

Das Gesetz sah unter anderem vor, am 1. Januar 2006 die eGK flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Dieser Zeitplan – dies war bereits bei Verabschiedung des Gesetzes erkennbar – war äußerst optimistisch. Flächendeckend stand die eGK rund acht Jahre später allen Versicherten zur Verfügung. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die ambitionierten Zeitpläne der Bundesregierung viel Bewegung in das Verfahren gebracht und zu einer beschleunigten Entscheidungsfindung auf den relevanten politischen Ebenen und Sektoren des Gesundheitssystems beigetragen haben.

Öffentlichkeit, Transparenz und Akzeptanz nach innen und außen

Von 1998 bis Ende 2004 hat das ATG ganz wesentlich den Telematiksektor in Deutschland für die anstehende Umsetzungsphase vorbereitet.

Während dieser Zeit stand das ATG nicht nur als Abkürzung für Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, es bedeutet auch sechs Jahre erfolgreiche Arbeit in Sachen Abstimmung und Transparenz im Gesundheitswesen. Mit Beginn der Aktivitäten zur Einführung der eGK sowie der dazu notwendigen Telematikinfrastruktur veränderte sich das der GVG übertragene Aufgabenspektrum.

Arbeitsprogramm des GVG-Ausschusses „Telematik/eHealth im Gesundheitswesen“

Das Arbeitsprogramm des neuen GVG-Ausschusses „Telematik/eHealth im Gesundheitswesen“ wurde in seiner ersten Sitzung am 25. Januar 2005 vom damaligen Vorsitzenden der GVG, Dr. Rische, klar umrissen: Die erfolgreiche Arbeit des ATG sei weiterzuführen, indem der Ausschuss im Vorfeld der Implementierungsaktivitäten arbeiten werde, den Gesamtprozess vorbereiten und strategisch begleiten sowie den Austausch der nach dem Gesetz in § 291a SGB V benannten Organisationen und der PKV mit den weiteren relevanten Organisationen im Gesundheitswesen organisieren solle. Aufgrund ihrer Tradition, Verfassung, Mitgliedsstruktur und ihres Konsensprinzips sei die GVG für diese Aufgabe prädestiniert.

Kommunikation nach innen und außen

Die mittlerweile etablierte eHealth-Konferenzreihe als übergeordnete Informationsplattform sollte auch weiterhin unter der Federführung der GVG stattfinden. Die Kernaufgaben der GVG bestanden im Geschäftsfeld eHealth ab 2005 – bis in das Jahr 2016 hinein – also darin, hochrangig besetzte Veranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit (siehe Anhang 1) und interne Gremiensitzungen für die GVG-Trägerorganisationen zu koordinieren sowie Fachpublikationen⁸ (siehe auch Anhang 2) vorzulegen. Mit diesem Aufgabenspektrum führte die GVG die für den Erfolg des Gesamtprojektes notwendige und vom ATG aufgebaute Kommunikationsplattform zu übergreifenden Themen fort.

⁸ Wesentlich sind die Publikationen mit den Bandnummern 36, 50, 62 und 76 der GVG-Schriftenreihe. Die ATG-Managementpapiere sind in Fußnote sechs aufgeführt.

Die GVG konnte dabei wie gewohnt auf die Unterstützung durch ihre Trägerorganisationen zählen sowie auf ihre erworbene Fachkompetenz und ihr in diesem Themenfeld erarbeitete Renommee aufbauen. Zudem waren es jeweils namhafte Akteure mit einer hohen Reputation, die dem Ausschuss vorstanden. Bis Ende 2004 war Dr. Manfred Zipperer ATG-Vorsitzender; im Anschluss übernahmen Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung, Professor Dr. Frank Ückert, Universitätsprofessor für medizinische Informatik, sowie Dr. Franz Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, jeweils für einige Jahre den Ausschuss-Vorsitz.

Schließlich können die internen Sitzungen und die öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen der GVG als zwei Seiten ein und derselben Medaille gesehen werden. Es ging stets darum, interne Abstimmungsprozesse zu organisieren und auf dieser verbindlichen Grundlage für Akzeptanz nach außen zu werben, um beim Aufbau der sektorenübergreifenden eHealth-Plattform entscheidend mitzuwirken.

Ausschussarbeit und eHealth-Konferenzen

In ihren Ausschusssitzungen befasste sich die GVG mit nationalen, europäischen sowie internationalen Aspekten der eHealth-Infrastruktur. Hier wurden einzelne Telematikapplikationen, die das Potenzial zur flächendeckenden Implementierung hatten, diskutiert und Entwicklungen in anderen Ländern unter dem Aspekt „Lernen von den Nachbarn“ vorgestellt. Vertreter der Gematik waren häufig zu Gast. Sie berichteten und informierten die Ausschussmitglieder über den aktuellen Stand der Implementierung.

Übergeordnetes Ziel der insgesamt acht eHealth-Konferenzen – sowie der beiden Plenumsveranstaltungen, zwei Forumssitzungen, der Expertenkonferenz und des Planungsworkshops – (siehe Anhang 1) war, die Trägerorganisationen des deutschen Gesundheitssystems in ihrem Bemühen zu unterstützen, eine qualitativ noch bessere und effizientere Gesundheitsversorgung durch einen zunehmenden Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zu gewährleisten und

gleichzeitig die Akzeptanz dafür zu schaffen. Während der Konferenztage ging es immer im strategischen Sinne um eine Gesamtschau konkreter, auch internationaler Trends sowie unmittelbar bevorstehender Implementierungsschritte. Darüber hinaus boten die Konferenzen reichlich Gelegenheit zum interdisziplinären Austausch unter Akteuren und Fachleuten, ermöglichten also eine angeregte Diskussion und Bewertungen aktueller Entwicklungen aus unterschiedlichsten Blickwinkeln.

Besonders ist die eHealth-Konferenz 2007 hervorzuheben. Sie fand in Berlin unter dem Motto „From Strategies to Applications“ im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft statt. Dieser vierte eHealth-Kongress der GVG war mit annähernd 1.000 Teilnehmern, 260 Vortragenden aus Europa und Übersee (aus insgesamt 30 Ländern), ca. 45 Sessions und bis zu sieben parallelen Themensträngen der größte und bedeutendste der GVG.

Zum Abschluss der eHealth-Konferenz 2012 wurde die „Saarbrücker Erklärung“ verabschiedet: „Nutzerorientierte Anwendungen für Ärzte und Patienten sichern Akzeptanz und breiten Einsatz“, so ihre Kernaussage. Auf der im Juni 2012 tagenden 85. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) wurden ihr die Inhalte und Forderungen der Saarbrücker Erklärung zur Kenntnis gebracht. Im Ergebnis beauftragte die GMK die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen (BLAG) bis zur 86. GMK einen umfassenden Bericht zur „Einführung nutzerorientierter Telematikanwendungen in Deutschland“ mit konkreten Handlungsempfehlungen zu erstellen.

Zu allen öffentlichen Veranstaltungen der GVG liegen Dokumentationen⁹ vor, die den jeweiligen Diskussions- und Entscheidungsstand umfassend präsentieren.

⁹ Wesentlich sind die Publikationen mit den Bandnummern 75, 71, 68, 63, 58, 57, 56, 52, 51, 46, 45, 38, 35 der GVG-Schriftenreihe.

Quantität neben Qualität

Über die konkrete Agenda des ATG und der GVG lässt sich zusammenfassend feststellen: Sie bestand aus Abstimmungsarbeit, der Erarbeitung inhaltlicher Positionen und Maßnahmen sowie der Information und Akzeptanzbildung. Hierfür standen auf unterschiedlichen Ebenen verschiedene etablierte Kreise und Gremien zur Erarbeitung, Verabschiedung und Publikation relevanter Ergebnisse zur Verfügung.

Zwischen Ende 1999 und Ende 2004 koordinierte und moderierte das ATG unter dem Dach der GVG hierfür annähernd 170 Arbeits- bzw. Gremiensitzungen. Dazu gehörten der ATG-Strategiegipfel (Vorstände, Geschäftsführungen), der Vorbereitungs- und Steuerungskreis (zum Beispiel Telematikbeauftragte, Abteilungsleiter), die ATG-Teams (Referenten, Experten), das ATG-Forum (Vertreter aller kooperierenden Verbände auf Bundesebene aus Industrie und Wissenschaft), der GVG-Ausschuss Telematik im Gesundheitswesen (Mitglieder der GVG) und der Telematik-Kongress (breite Öffentlichkeit). Zwischen 2005 und 2015 begleitete die GVG den Aufbau der Telematikplattform mit mehr als 30 Ausschusssitzungen. Für die Vorbereitung der eHealth-Konferenzen zwischen 2002 und 2014 kamen nochmals weitere rund 150 Arbeitsgruppen-, Teamsitzungen und Abstimmungsgespräche hinzu.

Fazit und Perspektive

Die Tatsache, dass eHealth-Applikationen zunehmend integraler Bestandteil des Versorgungsalltags werden, bewog die GVG dann im Rahmen ihrer Neustrukturierung im Jahr 2016 dazu, den eHealth-Ausschuss sowie die erfolgreiche Kongressreihe als eigenständige „Produkte“ zu beenden. eHealth-Themen werden nunmehr in die bestehenden Ausschüsse eingepflegt und integriert betrachtet.

Ausblick: Lösungsansatz eHealth

Eine intelligent aufgebaute, sektorenübergreifende, abgestimmte, nutzenorientierte, datenschutzrechtlich unbedenkliche, modular erwei-

terbare Telematikplattform kann ein zentraler Lösungsansatz bei den vor uns liegenden Herausforderungen (demografische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, Globalisierung) im Gesundheits- und Sozialsystem sein – mit sinnvollen telemedizinischen und „mobilen“ Anwendungen als Kernelemente.

Um telemedizinische Anwendungen erfolgreich und flächendeckend zu implementieren, sind vorab immer wieder beispielsweise (datenschutz) rechtliche oder technische und insbesondere ethische Fragen zu beantworten. Zudem müssen Leistungserbringer, Kostenträger und Verbraucher jeweils klare Ziele formulieren und einen eindeutigen Nutzen für Anwendungen und für die angestrebte Telematikplattform erkennen. Dies gilt insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor auch durch folgende drei Faktoren gekennzeichnet ist:

- Das Gesundheitssystem ist traditionell in Sektoren fragmentiert. Als Folge stehen sektorenübergreifende IT-Systeme noch nicht flächendeckend zur Verfügung.
- Beispielhafte telemedizinische Anwendungen und mobile Services für eine effizientere Versorgung stehen ebenfalls noch nicht flächendeckend und damit nicht ausreichend zur Verfügung.
- Chancen und Nutzen von eHealth sind bei den Bürgern und Patienten noch nicht vollständig angekommen.

Akzeptanz und Nutzen als Grundbedingung

Eine sehr wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung von eHealth und von telemedizinischen Anwendungen ist eine breite Akzeptanz. Die Voraussetzungen dafür scheinen gegeben zu sein, denn die Bürger in Deutschland nutzen längst umfänglich das Internet als Medium und integralen Bestandteil ihres Alltags. Es gibt zahlreiche Portale, die sich mit Gesundheitsfragen beschäftigen. Diverse Untersuchungen zeigen, dass sie zu den am häufigsten besuchten Webseiten gehören. Jeder dritte Deutsche sucht sich zu medizinischen Themen Rat im Internet. In den USA geht dieser Trend noch

weiter: Hier sind erste Schritte hin zu einer „Online-Medizin“ erkennbar.

Eine repräsentative Befragung in Deutschland im Auftrag des Digitalverbands BITKOM aus dem Jahr 2015 zeigt: 84 Prozent der Befragten möchten, dass die eGK Angaben zu regelmäßig eingenommenen Medikamenten enthält; 67 Prozent plädieren für Hinweise zu chronischen Erkrankungen. Gut jeder dritte Smartphone-Nutzer (37 Prozent) kann sich vorstellen, wichtige Gesundheitsdaten an die eigene Krankenkasse weiterzuleiten. Bei den Nutzern ab 65 Jahren ist es sogar fast die Hälfte (47 Prozent).

Ähnlich groß ist die Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten. Die Europäische Union hat in einer umfassend angelegten Studie zwischen 2007 und 2013 die Akzeptanz von eHealth in dieser Berufsgruppe untersucht. Demnach setzt sich eHealth sowohl bei Allgemein- als auch Hausärzten zunehmend durch. Im Ländervergleich bewegt sich Deutschland dabei gleichwohl im hinteren Mittelfeld.¹⁰

Auch die Ergebnisse des eHealth-Reports der Bundesärztekammer von 2010¹¹ sind unter Akzeptanzaspekten bemerkenswert: Die große Mehrheit der Ärzteschaft geht von einer zunehmenden Bedeutung sowohl der Telematik als auch der Telemedizin im Gesundheitswesen aus. Allerdings stehen insbesondere bei niedergelassenen Ärzten diesem Ergebnis auch erhebliche Bedenken gegenüber, beispielsweise die verbreitete Sorge über eine Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnis-

10 Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2013 (SMART 2011/0033), <https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033>, Abruf am 28.11.2016. In insgesamt 28 Mitgliedstaaten plus Island, Norwegen und der Türkei wurden insgesamt 9.000 Interviews zwischen 2007 und 2013 geführt.

11 Institut für Demoskopie Allensbach, der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von niedergelassenen und Krankenhausärzten im April/Mai 2010, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/eHealth_Bericht_lang_final.pdf, Abruf am 28.11.2016. Die Ergebnisse stützen sich auf insgesamt 598 Interviews mit niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten.

ses. Die Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass es einen eindeutigen persönlichen Nutzen für Leistungserbringer geben muss.

Eine Schlussfolgerung, die aus diesen und weiteren Befragungen gezogen werden kann, lautet: Akzeptanz geht immer mit einem unmittelbar erkennbaren Vorteil beziehungsweise Nutzen für die Protagonisten einher. Sobald Menschen also einen persönlichen Benefit in den diversen Anwendungen, beispielsweise in der Dokumentation ihrer Arzneimittel, erkennen, ergeben sich hohe Zustimmungsraten. Daneben gibt es aber einen weiteren Erfolgsschlüssel für die Akzeptanz und damit für die erfolgreiche Einführung von Anwendungen: Grundvoraussetzung ist, dass die Beteiligten gut informiert werden und sie sich dadurch überhaupt erst ein Bild machen können.

Eine neue Phase

Die Entwicklung der Telematik im deutschen Gesundheitswesen – Teil der zurzeit stattfindenden sogenannten digitalen Revolution (Arbeit 4.0) – ist in eine neue, entscheidende Phase getreten. Angesichts der konkreten Implementierung einzelner, teilweise sektorenübergreifender Anwendungen, geht es heute darum, diese im Sinne und Interesse aller Beteiligten passgenau in den Versorgungsalltag zu integrieren und dabei grundsätzliche, sozialpolitische Dimensionen nicht aus dem Auge zu verlieren. Die eher „technisch“ geführten und von Effizienz geprägten Debatten über den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen in den späten neunziger Jahren des letzten und auch noch zu Beginn dieses Jahrtausends haben sich verändert und werden sich künftig weiter entscheidend wandeln. Versorgungsorientierte – und damit an den Patientinnen und Patienten orientierte – Fragestellungen waren in der Rückschau eher zweitrangig, rücken nun jedoch immer mehr in den Vordergrund. In einer mittelfristigen Perspektive – vielleicht im Jahr 2030 – werden eHealth-Anwendungen ein selbstverständlicher und integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. Eine offen geführte versorgungspolitische Diskussion kann hierzu wesentliche Beiträge leisten

und die Akzeptanz nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei den Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe deutlich stärken.

Aufgrund ihrer Struktur und Ausrichtung ist und bleibt es eine Kernaufgabe der GVG, auch diese diskursiven Prozesse durch Veranstaltungen und Publikationen zu begleiten und transparent zu gestalten und so für nachhaltiges Handeln, Akzeptanz und Vertrauen aller Akteure einzutreten. Denn auch in Zukunft wird es darum gehen, den Schutz von Menschen vor zentralen Lebensrisiken – egal ob sie in Metropolen oder ländlich strukturierten Regionen leben – zu garantieren und zu organisieren. Leitgedanke sollte dabei bleiben, die Grundprinzipien Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus unverrückbar, konkurrenzfrei und sich ergänzend im Sinne einer möglichst umfänglichen und nachhaltigen Versorgung wirken zu lassen.

Anhang 1

„öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen“

Erste Plenumsveranstaltung, Bonn, 19. bis 20. August 1999

Die geplanten Aktivitäten des ATG wurden auf dieser ersten Großveranstaltung der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt. Auch die damalige Bundesministerin für Gesundheit, Andrea Fischer, nahm daran teil. Die Erwartungshaltung der interessierten Szene (insbesondere Industrie und Wissenschaft) war enorm. Endlich sollte der jahrelange Stillstand in der Gesundheitstelematik durch gezielte und gemeinsame Vorgaben der Leistungserbringer und Kostenträger durchbrochen werden.

Sitzung des Forums (Dachverbände von Wissenschaft und Industrie), Eschborn, 17. März 2000

Im Forum, das sich am 17. März 2000 in Eschborn auf Einladung des ATG konstituierte, fanden sich Vertreter kooperierender Verbände zusammen. Es sollte im Wesentlichen den Ausschuss fachlich beraten und die Arbeit der Teams in Form eines Kommentierungsverfahrens begleiten. Hier sollte die Zusammenarbeit des ATG mit Wissenschaft und Industrie organisiert werden. Die Zusammenarbeit zwischen ATG und Forum gestaltete sich in den Jahren zwar weniger intensiv als geplant und war gelegentlich von Misstrauen – auf

beiden Seiten – geprägt. Trotzdem war die Annäherung wichtig und richtig.

Zweite Plenumsveranstaltung, Köln, 7. bis 8. Dezember 2000

Großen Anklang in der Öffentlichkeit fand die zweite Plenumsveranstaltung des ATG im Dezember 2000: Es ging um die Darstellung von Aufgabe, Trägerschaft und Arbeitsweise des ATG sowie die Zwischenergebnisse der ATG-Teams „Elektronisches Rezept“, „Elektronischer Arztbrief, Sicherheitsinfrastruktur“ und „Europäische und internationale Dimension von Telematikanwendungen“. Bei diesen handelte es sich um bereits weitgehend unter den Spitzenorganisationen abgestimmte Lösungsszenarien auf den exemplarisch gewählten und genannten Geschäftsfeldern. Die seitens der Selbstverwaltungsorganisationen dargelegten konsentierten Lösungsansätze wurden als wesentliche Grundbausteine zur Überwindung der vielfach beklagten Medienbrüche und Insellösungen der Gesundheitstelematik und der Telemedizin gesehen. An der Veranstaltung in Köln besuchten rund 180 Teilnehmer. Die Plenumsveranstaltung kann als wichtiger Beitrag gewertet werden, zukunftsweisende Informationstechnologien flächendeckend in den Versorgungsalltag zu integrieren.

**Telematik-Kongress eHealth 2002,
Bonn, 5. bis 7. März 2002**

Mit diesem Telematik-Kongress etablierte die GVG ihre eHealth-Konferenzreihe, die bis zum Jahr 2014 ein maßgeblicher Treffpunkt in Deutschland für die relevanten Akteure war. Es begann im Geschäftsfeld eHealth eine strategische und operative Zusammenarbeit mit dem auf Bundesebene für den Bereich Gesundheitstelematik federführenden Ministerium – dem BMG – sowie der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen (BLAG) auf Landesebene. So gelang es der GVG, die Politik sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene als Partner zu gewinnen. Der Veranstaltungsort lag jeweils in dem Bundesland, das den Vorsitz der GMK in dem jeweiligen Jahr innehatte. So repräsentierte das gastgebende Bundesland zugleich alle Bundesländer.

Der gemeinsam vom BMG, der Landesregierung NRW und dem ATG unter dem Dach der GVG getragene Kongress „eHealth 2002 – Telematik im Gesundheitswesen“ machte konsentrierte Entscheidungsprozesse transparent und öffnete die Diskussion über „telematische“ Perspektiven einer nationalen wie internationalen Öffentlichkeit. Gleichzeitig wurden die nächsten konkreten Schritte mit Unterstützung nationaler wie internationaler Experten diskutiert. Die Resonanz mit über 400 Teilnehmern zeigte das breite Interesse

an der Thematik und bestätigte die Kongresskonzeption der GVG.

**Sitzung des Forums (Dachverbände
von Wissenschaft und Industrie),
Köln, 16. Dezember 2002**

Die Vortragenden setzten sich ebenso intensiv wie konstruktiv mit unterschiedlichen Komponenten einer möglichen Telematikrahmenarchitektur auseinander. Die Industrievertreter stellten ihre möglichen Beiträge für die kommende Implementierung der ersten Anwendungen vor.

**Expertenkonferenz zur Telematik-
Rahmenarchitektur, Stuttgart,
8. bis 9. September 2003**

Die Expertenkonferenz zur Telematik-Rahmenarchitektur für das Gesundheitssystem fand in Kooperation mit dem BMG statt. Alle Statements und Schlussfolgerungen wurden dokumentiert und auf der ATG-Webseite bereitgestellt.

**Planungsworkshop Arbeitsstrukturen,
Telematik-Rahmenarchitektur
und Standardisierung,
Krefeld, 8. bis 9. Oktober 2003**

Bereits kurz nach der Expertenkonferenz in Stuttgart fand im Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) in Krefeld der Planungsworkshop Arbeitsstrukturen, Telematik-Rahmenarchitektur und Standardisierung statt. Zahlreiche Experten der

Selbstverwaltungsorganisationen und der PKV, des ATG und des BMG sowie aus Industrie und Wissenschaft erörterten Aspekte einer Telematik-Rahmenarchitektur zur Definition und Implementierung realer IT-Systeme für das deutsche Gesundheitssystem. Kernaussage war, dass BMG und ATG eine gemeinsame Arbeitsorganisation für die Einführung der Gesundheitskarte und der Telematikplattform aufbauen sollten; dieses wiederum verbunden mit dem Ziel, auf allen beteiligten Seiten – Bund, Länder, Verbände, Wissenschaft und Industrie – abgestimmte Arbeitsstrukturen entstehen zu lassen, um diese große Telematik-Aufgabe bewältigen zu können. Die Ergebnisse dieser Veranstaltungen wurden von einem Review-Team zusammengefasst und veröffentlicht.

Einige Monate später wurde im BMG die Projektgruppe Telematik etabliert, die sich intensiv mit dem Thema Rahmenarchitektur befasste und hierzu eine umfassende Studie in Auftrag gab.

Telematik-Kongress eHealth 2003, Dresden, 21. bis 23. Oktober 2003

Der gemeinsam vom BMG, von den Sächsischen Staatsministerien für Soziales sowie Wirtschaft und Arbeit und dem ATG getragene Kongress stand unter dem Generalthema „Vernetzte Versorgung“. Der besondere Stellenwert der Veranstaltung lag darin, dass sie

die zwischen den Selbstverwaltungsorganisationen, der PKV sowie der Gesundheitspolitik abgestimmten Entscheidungsprozesse transparent machte und die Diskussion „telematischer“ Perspektiven auf nationaler wie internationaler Ebene weiterführte. Es referierten und diskutierten das Management sowie die Leitungsebenen der ATG-Trägerorganisationen, der genannten Ministerien, hochrangige nationale und internationale Vertreter aus Wissenschaft und Industrie, Standardisierung und Datenschutz zu aktuellen Planungen und Entwicklungen des IT-Einsatzes im Gesundheitswesen. Am dritten Kongresstag kamen Experten insbesondere aus (Ost-) Europa zu Wort und sprachen zu dem Thema „Nationale Gesundheitstelematikstrategien und deren Umsetzung im Vergleich – Lehren für Deutschland – Brücken nach Europa“. Die Zahl von mehr als 400 Teilnehmern zeigte einmal mehr das breite Interesse an dieser Thematik.

Telematik-Kongress eHealth 2005, München, 19. bis 21. April 2005

Der vom BMG, von dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und der GVG getragene Kongress, stand unter dem Motto: „Elektronische Gesundheitskarte – Kernelement sektorenübergreifender IT-Anwendungen“. In der Hauptsache ging es um die Einführung der eGK in Deutschland als „Schlüssel“

zur sektorenübergreifenden Kooperation der Beteiligten im Gesundheitswesen. Während der ersten beiden Tage des Kongresses sprachen die Leitungsebenen der Ministerien, das Management der Selbstverwaltungsorganisationen, hochrangige nationale und internationale Vertreter aus Wissenschaft und Industrie, Standardisierung und Datenschutz zu aktuellen Entwicklungen und Trends des IT-Einsatzes im Gesundheitswesen. Die internationale Perspektive wurde an Tag drei beleuchtet, es ging um die Einführung einer europäischen KVK und eine europäisch abgestimmte Telematik-Strategie. Die IT-Wirtschaft hatte Gelegenheit, im Rahmen einer Industrieausstellung ihre Produkte und Dienstleistungen zu präsentieren. Insgesamt mehr als 500 Teilnehmer kamen zu der Konferenz nach München.

Telematik-Kongress eHealth Conference 2007, Berlin, 17. bis 19. April 2007

In Berlin fand 2007 im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft und der eHealth week Berlin die von der GVG verantwortete eHealth Conference 2007 „From Strategies to Applications“ statt. Neben dem BMG, der Europäischen Kommission, dem gastgebenden Land Berlin, der GVG, den federführenden Spitzenorganisationen von Kostenträger- und Leistungserbringerseite und der Betriebsorganisation gematik trugen zahlreiche Organisationen aus

Wissenschaft und Industrie diesen Kongress mit.

Erklärtes Ziel der offenen, europäisch ausgerichteten eHealth Conference 2007 war es, nationale eHealth-Strategien, vielfältige Telematikaktivitäten der Mitgliedstaaten der EU einschließlich unmittelbar bevorstehender Implementierungsschritte hier vorzustellen und zu diskutieren. Im Fokus stand die Frage nach dem jeweiligen Anwendungsnutzen. Lösungsmöglichkeiten für grenzüberschreitende, interoperable Prozesse und europaweite elektronische Dienste sowie die hierauf vorbereiteten Aktionen der europäischen Partner wurden aufgezeigt und diskutiert. Obwohl „Berlin“ keine offizielle „Nachfolgekonferenz“ – wie es im Fachjargon hieß – war, wird sie in der Tradition genau dieser Veranstaltungsreihe, also von Brüssel, Cork, Tromsø und Malaga gesehen.

Dieser vierte eHealth-Kongress der GVG war mit annähernd 1.000 Teilnehmern, 260 Vortragenden aus Europa und Übersee, ca. 45 Sessions und bis zu sieben parallelen Themensträngen der größte und bedeutsamste eHealth-Kongress der GVG. Die eHealth Conference 2007 wurde zudem von der Bundesregierung in das Ratsprogramm zum deutschen Vorsitz unter Verwendung des Logos der Ratspräsidentschaft aufgenommen. Hervorzuheben ist das besondere

Medieninteresse, beispielsweise die Berichte in der ARD am 17. April 2007.

Telematik-Kongress eHealth Conference 2008, Kiel, 9. bis 10. September 2008

Neben dem BMG, dem gastgebenden Land Schleswig-Holstein und der GVG haben die federführenden Spitzenorganisationen von Kostenträger- und Leistungserbringerseite sowie die Betriebsorganisation gematik den Kongress mitgetragen. Die eHealth Conference 2008 stand unter dem Motto „Telematik kommt an“. Während der Tage in Kiel wurden sowohl der nationale als auch europäische und internationale Kontext beleuchtet. Gäste aus Dänemark und den USA berichteten über ihre Erfahrungen. In drei parallelen Themensträngen informierten Experten umfassend zu Fragen der Infrastruktur, Anwendungen und Akzeptanz. Der besondere Stellenwert der Kieler Veranstaltung lag darin, den aktuellen Stand der Arbeiten zur Einführung der Gesundheitskarte, zur Telematikinfrastruktur sowie über die Testregionen transparent zu machen.

Während des zweitägigen Kongresses sprachen die Leitungsebenen der Ministerien, das Management der Selbstverwaltungsorganisationen und der PKV, hochrangige nationale und internationale Vertreter aus Wissenschaft und Industrie, Standardisierung und Datenschutz zu aktuellen Entwicklungen und Trends des IT-Einsatzes

im Gesundheitswesen. Insgesamt 50 Vortragende und rund 300 Teilnehmer kamen in Kiel zusammen, um einen ergebnisorientierten Austausch zu führen. Eine begleitende Ausstellung präsentierte konkrete Beispiele für den Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen.

Im März 2009 erschien der Band 62 der GVG-Schriftenreihe „Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen“ – auch als Ergebnis von zahlreichen Diskussionen während der Kieler Konferenz, die die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer solchen Publikation anmahnten. Dieser Band dokumentiert den aktuellen Diskussionstand in den sieben Testregionen in Deutschland im Herbst 2008. Zudem wurde der Stellenwert der Testregionen aus insgesamt sechs Blickwinkeln dargestellt: aus Sicht der Kostenträger (vdek), der Leistungserbringer (KBV), der Industrie (BITKOM), des BMG, des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und der Betreiberorganisation gematik.

Telematik-Kongress eHealth Conference 2010, Hannover, 14. bis 15. September 2010

Diese sechste eHealth-Konferenz wurde gemeinsam vom BMG, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

und der GVG getragen. Die eHealth Conference 2010 stand unter dem Motto „Telematik bringt mehr WERT“. Eine Zwischenbilanz und ein Ausblick auf die nächsten vor uns liegenden Implementierungsschritte sowie die sogenannten Mehrwertanwendungen standen im Fokus der Beiträge. An Tag eins des Kongresses fanden neben Grundsatzbeiträgen von Politik und Selbstverwaltung hochrangig besetzte Diskussionen mit Vertretern aus Wissenschaft, Industrie und Patientenseite statt. An Tag zwei ging es in vier parallelen Themensträngen darum, Mehrwertanwendungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln vorzustellen und zu diskutieren. Auch internationale Beispiele wurden in die Konferenz integriert. Ausgewählte Präsentationen zeigten, wie patienten- und bürgerbezogene Anwendungen nützlicher Technik in unterschiedlichsten Lebensbereichen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen können. Die eHealth Conference 2010 wurde insgesamt von 250 Personen besucht. In einer parallel stattfindenden Ausstellung von Projekten wurden Anwendungen „zum Anfassen“ vorgestellt, aus dem Gastgeberland Niedersachsen ebenso wie aus anderen Teilen Deutschlands. Gemeinsam war diesen Projekten ihr Potential zur flächendeckenden und sektorenübergreifenden Implementierung.

Telematik-Kongress eHealth Conference 2012, Saarbrücken, 5. bis 6. Juni 2012

Diese siebte eHealth Conference wurde gemeinsam vom BMG, dem Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes und der GVG getragen. Ziel der eHealth Conference 2012, die unter dem Motto „Gesundheit – digital, besser, effizienter“ stattfand, war es, die Einbeziehung der Patienten in den IT-gestützten Versorgungsprozess zu thematisieren. Es ging darum, Akzeptanz bei denjenigen zu schaffen, für die im Wesentlichen die Telematikplattform und die unterschiedlichen Anwendungen aufgebaut und eingeführt werden sollten. Auch den Leistungserbringern in allen Sektoren wurde im Kontext der Akzeptanzförderung und -steigerung eine Schlüsselrolle zugeordnet. In Fortsetzung der erfolgreichen eHealth-Kongressreihe zielte die GVG auch 2012 wieder auf einen kompakten Erfahrungsaustausch zwischen den Planern, Entscheidern und Nutzern. Für diesen Kreis bot sich die Möglichkeit, interdisziplinär mit Fachleuten aus unterschiedlichsten Blickwinkeln zu diskutieren. An den beiden Konferenztagen fanden – wie gewohnt – neben Grundsatzbeiträgen hochrangig besetzte Podiumsdiskussionen zwischen Politik, Selbstverwaltung, Vertretern aus Wissenschaft, Industrie und Patientenseite statt.

Begleitend zur Konferenz konnte man die Ausstellung eHealth Village Saarland besuchen. An Ständen und Posterwänden wurden aktuelle Entwicklungen rund um den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik im Gesundheitswesen gezeigt, wobei ein regionaler Schwerpunkt auf dem Saarland lag.

Telematik-Kongress eHealth Conference 2014, Hamburg, 17. bis 18. Juni 2014

Die achte eHealth Conference wurde gemeinsam vom BMG, der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg und der GVG getragen. Sie fand unter dem Titel „Menschen, Metropolen, Möglichkeiten – bessere Versorgung durch eHealth“ statt.

Anknüpfend an die Vorgängerkonferenzen und insbesondere die eHealth Conference 2012 in Saarbrücken ging es in 2014 um die Potentiale von eHealth-Anwendungen und ihren praktischen Nutzen bei der Optimierung von Versorgung. Dargestellt wurden die Möglichkeiten, Herausforderungen und Veränderungen, die sich durch den Einsatz von eHealth-Anwendungen im Verhältnis zwischen Patienten, Gesundheitsberufen und dem weiteren Umfeld ergeben. Die Auswirkungen der demografischen Veränderungen wie auch der technologischen eHealth-Entwicklungen auf die Versorgung beziehungsweise Versorgungsstruk-

turen in Metropolen und ihrem Umland, in Flächenländern sowie in abgelegenen Regionen wurden ebenso diskutiert wie innovative, richtungsweisende eHealth-Ansätze und -Lösungen. Ein wesentliches Ziel der eHealth Conference 2014 war die verstärkte Einbeziehung von Patienten in die Versorgungsprozesse. Aus Norwegen flossen internationale Erfahrungen in die Konferenz ein, die dazu anregten, die nationale Entwicklung auch als Teil eines internationalen Prozesses zu begreifen und aus dieser Perspektive zu reflektieren. Die eHealth Conference 2014 begann am Vormittag des 17. Juni mit Workshops zu verschiedenen spannenden Fachthemen. Am Nachmittag des ersten Tages sowie am 18. Juni fanden verschiedene Grundsatzbeiträge sowie hochrangig besetzte Podiumsdiskussion zwischen Politik, Selbstverwaltung, Vertretern aus Wissenschaft Industrie und Patientenseite statt. In einer parallelen Projektausstellung wurden moderne und zukunftsweisende Anwendungen vorgestellt.

Anhang 2

Auswahlbibliographie Telematik/eHealth

Schriftenreihe der GVG

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin: Bedeutung, Perspektiven und Entwicklungsstand. Köln: GVG 2015 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 76].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2014. Menschen, Metropolen, Möglichkeiten – bessere Versorgung durch eHealth, Hamburg 2014, Köln: GVG 2014 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 75, Online-Version].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2012. Gesundheit – digital, besser, effizienter, Saarbrücken 2012. Köln: GVG 2012 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 71].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2010. Telematik bringt Mehrwert. Dokumentation zur nationalen Telematikkonferenz, Hannover 2010. Köln: GVG 2010 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 68].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2008. Telematik kommt an. Dokumentation zur nationalen Telematikkonferenz, Kiel 2008. Bonn: nanos 2009. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 63].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen. Bonn: nanos 2009 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 62].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2007. Experts' Special Interest Sessions. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 58].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2007. Infrastructure and Health Services. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 57].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2007. Policies and Strategies for eHealth across Borders. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 56].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2005. Telematics in Health Care. Health Cards in Europe – The Mobile Patient. Proceedings of the International Section of the National and International Congress, Munich 2005. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 52].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2005. Telematik im Gesundheitswesen. Elektronische Gesundheitskarte: Kernelement sektorenübergreifender IT-Anwendungen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress, München 2005. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 51].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Telematik im Gesundheitswesen, Perspektiven und Entwicklungsstand. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 50].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2003. Telematics in Health Care. Networked Health Care II. National Strategies. European Convergence. Proceedings of the International Section of the National and International Congress, Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 46].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2003. Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress. Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 45].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2002. Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress. Bonn 2002. Berlin: Aka 2002 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 38].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Schug, Stephan H.: Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen. Internationale Studie des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen. Köln 2001; Association for Social Security, Policy and Research (Hg.):

Schug, Stephan H.: European and International Perspectives on Telematics in Health Care. International Study of the Health Telematics Action Forum for Germany. Berlin: Aka 2001 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 36].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zur 2. Plenumsveranstaltung. Köln 2000. Quintessenz: Berlin 2001 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 35].

Managementpapiere

Das Managementpapier „Elektronische Patientenakte“ (Kurzfassung) ist als Informationsdienst 304 der GVG erschienen. Köln Dezember 2004.

Das Managementpapier „Patienteninformationssysteme“ (Kurzfassung) ist als Informationsdienst 302 der GVG erschienen. Köln November 2004.

Das Managementpapier „Pseudonymisierung / Anonymisierung“ liegt als Online-Publikation vor. Köln 2004.

Das Managementpapier „Europäische Dimension der Telematik“ ist als Band 35 in der Schriftenreihe der GVG erschienen. Bonn 2002.

Das Managementpapier „Elektronischer Arztbrief“ liegt als Online-Publikation vor. Köln 2001.

Das Managementpapier „Elektronisches Rezept“ liegt als Online-Publikation vor. Köln 2001.

Das Managementpapier „Sicherheitsinfrastruktur“ liegt als Online-Publikation vor. Köln 2001.

Informationsdienste

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Sektorenübergreifende Telematikplattform: Akzeptanz und Akzeptanzbildung durch die Beteiligten. GVG-Ausschuss eHealth / Telematik im Gesundheitswesen am 28. August 2006 in Düsseldorf. Informationsdienst 314. Köln November 2006.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG berichtet über ihre Arbeit. Seiten 6 bis 7 und 12 bis 15. Informationsdienst 306. Köln Juli 2005.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): ATG-Managementpapier „Elektronische Patientenakte“ (Kurzfassung). Informationsdienst 304. Köln Dezember 2004.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): ATG-Managementpapier „Patienteninformationssysteme“ (Kurzfassung). Informationsdienst 302. Köln November 2004.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG berichtet über ihre Arbeit. Seiten 17 bis 22. Informationsdienst 301. Köln November 2004.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG berichtet über ihre Arbeit. Seiten 20 bis 23. Informationsdienst 296. Köln Dezember 2003.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): ATG-Forum. Telematik-Rahmenarchitektur für das Gesundheitswesen. Sitzung vom 16. Dezember 2002. Informationsdienst Nr. 289. Köln März 2003.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG berichtet über ihre Arbeit. Seiten 3 und 13. Informationsdienst 285. Köln März 2002.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Das „Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG)“ veröffentlicht seine ersten Arbeitsergebnisse. Informationsdienst 282. Köln August 2001.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG berichtet über ihre Arbeit. Seiten 11 bis 12. Informationsdienst 280. Köln April 2001.

Weitere Publikationen

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Dokumentation des Planungsworkshops „Arbeitsstrukturen, Telematik-Rahmenarchitektur und Standardisierung“ liegt als Online-Publikation vor. Köln 2003.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Dokumentation der 1. Deutschen Expertenkonferenz „Telematik-Rahmenarchitektur für das Gesundheitssystem“ liegt als Online-Publikation vor. Köln 2003.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2002 – Dokumentation der Workshops. URL: <http://atg.gvg-koeln.de>.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zur 2. Plenumsveranstaltung, Köln 2000. Berlin: nomos 2001.

DIE GVG IN DER INTERNATIONALEN ZUSAMMENARBEIT – EINE ERFOLGSGESCHICHTE

Holger Trechow

Die breite Mitgliederbasis der GVG im Bereich der Sozialen Sicherung ist nicht nur die Grundlage für ihre intensive und zukunftsorientierte nationale Arbeit. Sie war auch eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass die GVG Anfang der 90er Jahre innerhalb kurzer Zeit zu einem wichtigen Akteur der internationalen technischen Zusammenarbeit werden konnte.

Erste Schritte in die Internationale Zusammenarbeit

Obwohl die GVG bei ihrer national orientierten Arbeit traditionell immer auch den Blick auf internationale Entwicklungen sowie auf Systemlösungen in anderen Ländern richtet, gehörte eine Beratung von Partnerländern im Bereich der Sozialversicherung bis Anfang der 1990er Jahr nicht zu ihren Kernaufgaben. Dann entstand aber in den mittel- und osteuropäischen Ländern innerhalb kurzer Zeit ein enormer Bedarf an sozialpolitischer Beratung, dem sich die GVG nicht entziehen konnte. Durch den Zusammenbruch des Warschauer Pakts und des „Ostblocks“ konnten sich viele dieser Staaten dem Einfluss der damaligen Sowjetunion entziehen. Politisch und wirtschaftlich orientierten sie sich nun an dem westlichen Modell. Neben der Demokratisierung war die Einführung einer marktwirtschaftlichen Ordnung ein ebenso entscheidender wie einschneidender Schritt. Dies stellte eine enorme Aufgabe dar, die mit drastischen gesellschaftlichen Umbrüchen verbunden war. Die Neuorientierung brachte auch eine Neudefinition der Rolle des bislang starken Staates mit sich. Beispielsweise musste eine breite gesellschaftliche Mitwirkung an politischer Willensbildung und an politischen Entscheidungsprozessen erst eingeübt werden.

Glücklicherweise eröffnete sich in dieser Situation für viele der mittel- und osteuropäischen Länder die mittelfristige Perspektive eines Beitritts zur Europäischen Union. Damit erhielten der Systemwechsel und die damit einhergehenden Anpassungsschritte einen klaren Orientierungsrahmen: sie ordneten sich nun in die Perspektive einer Harmonisierung mit dem Europäischen Regelwerk ein, Voraussetzung für den EU-Beitritt. Unter dem Stichwort des *acquis communautaire*, der Essenz der für alle Mitgliedstaaten verbindlichen Richtlinien, wurden die Beitrittskandidaten auf bilateralem Weg, später aber überwiegend gebündelt in EU-finanzierten Projekten, an das Regelwerk der EU heran geführt.

In dieser schwierigen Phase des Übergangs hat die deutsche Bundesregierung große Anstrengungen unternommen, dem Beratungsbedarf der östlichen Nachbarländer gerecht zu werden. Es gab einen breiten gesellschaftlichen Konsens, Anfragen aus den mittel- und osteuropäischen Ländern positiv zu beantworten. Aus verschiedenen Gründen war das deutsche System für die Länder Osteuropas gerade im Bereich der Sozialen Sicherung attraktiv. Natürlich waren neben der wirtschaftlichen Stärke Deutschlands die große Stabilität, Effizienz und hohe Belastbarkeit der Sozialsysteme wichtige Aspekte. Die Soziale Sicherung hat bei uns eine lange Tradition und wird von vielen Akteuren als Garant für eine stabile Marktwirtschaft gesehen. Das Prinzip der Selbstverwaltung trägt dazu bei, indem es die Akteure in die Pflicht nimmt und einen direkten Interessenausgleich zwischen ihnen befördert. Im Bereich der Unfallversicherung sind dies die Sozialpartner. Der Soziale Dialog ist somit in die Strukturen der Unfallversicherung eingeschrieben, aber auch darüber hinaus als wichtiges Forum des Interessenausgleichs und stabilisierendes Element anerkannt. Auch wenn aufgrund der Größe des deutschen Wirtschafts- und Sozialsystems Modernisierungs- und Reformschritte oft langsamer erfolgen als in den kleineren EU-Staaten, bleiben der starke gesellschaftliche Zusammenhalt, die Sozialpartnerschaft und das in der Selbstverwaltung besonders verankerte Prinzip der Konsensgesellschaft wichtige Erfolgsfaktoren.

Hinzu kam natürlich die aktuelle Erfahrung Deutschlands mit der Integration der neuen Bundesländer im Anschluss an die Wiedervereinigung. Diese mussten ähnliche Modernisierungsschritte vornehmen wie die ehemaligen Verbündeten im Osten, so dass es bereits entsprechende innerdeutsche Beratungserfahrung gab. Sowohl die Beraterinnen als auch die beratenen Institutionen und Expert(inn)en waren dadurch sehr gut darauf vorbereitet, ihr Wissen und ihre praktischen Erfahrungen auch in den Kandidatenländern einzusetzen.

Im Bereich der sozialen Sicherung standen die GVG-Mitgliedsinstitutionen besonders in der Verantwortung. Sie haben diese Herausforderung mit großem Engagement angenommen. Ihr Fokus lag auf der fachlichen Beratung, zugleich mussten sie aber die Verfügbarkeit der eigenen Ressourcen im Blick behalten. Deshalb kam der GVG im Zusammenwirken mit ihren Mitgliedern schnell eine besondere Rolle zu. Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) beauftragten aufgrund ihrer breiten Mitgliedschaft die GVG, Expert(inn)en für kurze Einsätze zu Themen der Sozialen Sicherung in diese Länder zu entsenden und Delegationsbesuche nach Deutschland zu organisieren. Die GVG konnte dabei auf ihre Mitgliedsinstitutionen zählen, die als Gastgeber ausländischen Delegationen die Grundstrukturen des hiesigen Sozialen Sicherungssystems aufzeigten, aber auch zu konkret angefragten Themen informierten. Ebenso waren für die GVG die eigenen Mitgliedsinstitutionen die ersten und wichtigsten Adressaten, um Fachexperten für Auslandseinsätze zu spezifischen Beratungsthemen anzufragen.¹ Einige Expert(inn)en hatten bereits erste eigene Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den mittel- und osteuropäischen Ländern gesammelt.

1 Oftmals haben sich aus diesen unterschiedlichen Aktivitäten enge und langfristige Kooperationen zwischen deutschen Institutionen und ihren Expert(inn)en und den Projektpartnern ergeben.

Die Übernahme aller organisatorisch-logistischen Aufgaben durch die GVG sowie der rasche Aufbau von Kompetenzen in Fragen der formalen und finanziellen Abwicklung waren für beide Seiten vorteilhaft. Die GVG konnte sich schnell als fachlich versierte, hochprofessionelle Durchführungsorganisation etablieren, während die Mitgliedsinstitutionen sich auf die fachliche Beratung konzentrieren konnten und ansonsten auf die GVG verließen.

Für die GVG war diese Rolle maßgeschneidert. Denn die hier vorhandene fachliche Kompetenz erlaubte eine enge inhaltlich-wissenschaftliche Betreuung der Beratungsprojekte und der Expertenteams. Auch war Konsensbildung eine Kernaufgabe der nationalen Arbeit, erwies sich aber ebenso in der internationalen Zusammenarbeit als sehr wichtig. Dabei fiel der GVG und ihren Expertenteams vor Ort oftmals die Rolle eines Moderators zu, der vor dem Hintergrund deutscher bzw. europäischer Lösungswege mit den Projektbeteiligten Perspektiven entwickelte. Dabei ging es im Kern um die Fragen, welche grundsätzliche Orientierung zu wählen sei und welche ersten Schritte in eine zukunftssichere Modernisierung der jeweiligen Systeme unternommen werden sollten. Natürlich obliegt die finale Beantwortung dieser Fragen ausschließlich dem Partnerland. Wie in einzelnen Projekten jedoch deutlich wurde, war die Ergänzung der technischen Beratung durch moderierende Elemente ein besonderes und zudem besonders erfolgreiches Wesensmerkmal der GVG in der internationalen Arbeit.

Zugleich war das Personal der GVG geübt darin, im nationalen Rahmen ähnliche Aktivitäten zu planen und umzusetzen. Ähnlich wie in der internationalen Zusammenarbeit hat es dabei mit großer Flexibilität auf spezifische Anforderungen der unterschiedlichen Partner reagiert. Auf dieser Grundlage konnte es dann auch gelingen, schon im Laufe der Durchführung erster Projekte aus der täglichen Arbeit heraus Instrumente zu entwickeln, die sich zu einem kompletten System modernen und effizienten Projektmanagements zusammenfügten. Dabei entwickelte die internationale Abteilung spezifische Lösungsoptionen und griff nicht auf standardisierte Lösungen zurück. Diese hätten wie ein

Korsett gewirkt und wären für eine fachgerechte, sensible und flexibel reagierende Projektdurchführung nur beschränkt geeignet gewesen. Das interne Projektmanagement (später in einem exzellenten Handbuch niedergelegt) basierte auf sehr hohen Standards. Zugleich erlaubte es den Projektmanager(inne)n und ihren Teams,² eine eigene Handschrift zu entwickeln und dabei die vorhandenen Stärken voll zur Geltung zu bringen. Durch die enge und transparente Zusammenarbeit in und zwischen den Fachteams waren diese in der Lage, auf jede Herausforderung schnell und kompetent zu reagieren.

Wachsende Bedeutung der Internationalen Projekte für die Struktur der GVG

Erste Projekte wurden unter anderem mit Polen, der Tschechischen Republik, der Slowakei oder Ungarn durchgeführt. Aber sogar mit China gab es bereits frühzeitig einen intensiven Austausch. Beispielhaft seien hier einige Projektthemen genannt:

Polen

- Die Modernisierung des Ausbildungssystems der Sozialversicherungsanstalt.
- Ausbildung und Qualitätssicherung im Bereich der Arbeitsmedizin.
- Die berufliche Förderung behinderter Menschen.

Ukraine

- Die Erarbeitung einer parlamentsfähigen Vorlage des Rentengesetzesentwurfes.
- Aufbau eines zentralen Informationszentrums für die soziale Sicherung.

2 Eine wichtige Rolle in den Fachteams spielten auch die studentischen Hilfskräfte, die oft hervorragende Arbeit leisteten und großes persönliches Engagement zeigten.

Slowakische Republik

- Die Neugestaltung der Versicherungsaufsicht.
- Die Organisationsreform der Sozialversicherungsanstalt.

China

- Seminare für Führungskräfte zur Sozialversicherungsgesetzgebung.
- Seminare zur Arbeitsmarktpolitik.
- Seminare zu Fragen der Unfallversicherung.

Für die GVG wurde die internationale Zusammenarbeit schnell zu einem Kernbereich. Der Anteil dieses Arbeitsbereichs am Gesamtbudget wuchs kontinuierlich, und mit ihm auch die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So waren im Jahre 1993 bereits 20 Mitarbeiter, zu Hochzeiten um das Jahr 2005 herum über 50 Mitarbeiter bei der GVG in Köln angestellt.

Eine Besonderheit gegenüber den meisten Wettbewerbern war die Aufteilung der internationalen Abteilung in Fachteams, die für Akquise, Durchführung und Abschluss der Projekte in ihrem jeweiligen Themenbereich zuständig waren. Die wesentlichen Themengebiete waren:

- Alterssicherung
- Arbeitsmarkt / Beschäftigung / Europäischer Sozialfonds
- Arbeitsschutz
- Freizügigkeit (EU-Verordnung 1408/71)
- Gesundheit
- Gleichberechtigung / Chancengleichheit
- Inklusion
- Rehabilitation und (Langzeit-) Pflege
- Sozialer Dialog
- Sozialschutz

Natürlich gab es in der Aufteilung der Teams regelmäßig Anpassungen, die zum Teil davon abhingen, ob es Projektausschreibungen und erfolgreiche GVG-Angebote für den entsprechenden Bereich gab. Die Bereiche

Gesundheit und Arbeitsschutz / Unfallversicherung blieben unverändert, während es in den andern Bereichen Überschneidungen und Wechsel gab. Zuletzt konzentrierte sich die Arbeit auf die Kernbereiche Arbeitsmarkt / Sozialer Dialog, Arbeitsschutz, Gesundheit und Sozialschutz.

Die Beratungspraxis – wegweisende Beratungsprojekte, regionale Schwerpunkte und besondere Partnerländer

Die GVG hat eine Vielzahl von internationalen Projekten wie auch Studien in praktisch allen EU-Beitrittsländern und heutigen Kandidatenstaaten, aber auch weit darüber hinaus durchgeführt. Einige der Projekte, die eine herausragende Stellung für die GVG hatten, sowie besondere Schwerpunkte einzelner Fachteams in Projektländern oder -regionen werden im Folgenden – nach Fachbereichen geordnet – vorgestellt.³

Sozialschutz

Einer der ersten wichtigen Meilensteine war das Projekt „Governance of Social Security“ mit Russland im Rahmen des TACIS⁴-Programmes. Nach erfolgreicher Bewerbung wurden von Januar 1998⁵ bis Mai 2000 die Themen Alter, Gesundheit, andere Sozialversicherungszweige sowie das übergreifende Thema der grundsätzlichen Modernisierung der sozialen Sicherung behandelt.

Das Expertenteam der GVG hat die russische Seite auf verschiedenen Ebenen darin unterstützt hat, in einem moderierten Konsensbildungsprozess die Weichen für eine Modernisierung der Sozialen Sicherungssysteme zu stellen. Für den Erfolg entscheidend war, alle zentralen

3 In einem späteren Abschnitt werden auch einige Studien behandelt, die für die GVG als Meilensteine gelten können.

4 Technical Assistance Programme for the newly Independent States.

5 Formell lag der Projektstart im Dezember 1997, faktisch begann die Umsetzung aber im Januar 1998.

Akteure in die Modernisierungsbestrebungen einzubeziehen, so dass sie mitgestalten konnten und somit auch die Ergebnisse mitgetragen haben. Dies galt für die Ebenen der politischen Willensbildung und Gesetzgebung ebenso wie für die durchführenden Institutionen (Sozialfonds und andere staatliche Träger). Möglicherweise war genau dieser Prozess einer breiten Konsensbildung sogar eines der wichtigsten Ergebnisse des Projektes überhaupt – mehr noch als die konkreten Empfehlungen, die im Projekt gemeinsam mit den russischen Partnern entwickelt und von diesen formell bestätigt wurden.

Die GVG hat dem „Russlandprojekt“ eine eigene Publikation (Band 39 in der GVG-Schriftenreihe) gewidmet. Sie befasst sich neben einer allgemeinen Erörterung der „Sozialpolitische(n) Beratung in Osteuropa“⁶ und einer Einführung in das TACIS-Programm ausführlich mit diesem Projekt, der Beratungspraxis durch die GVG und das Team deutscher Expert(inn)en sowie mit den Lehren, die mit seiner erfolgreichen Durchführung verbunden sind.

Alterssicherung

Im Bereich der Alterssicherung sticht neben einer Reihe von Studien zum Thema vor allem die Zusammenarbeit mit der Tschechischen Republik heraus. In insgesamt vier Twinning-Projekten⁷, die zwischen 2006 und 2009 hier durchgeführt wurden, standen strategische und technische Fragen im Zusammenhang mit dem Informationssystem für die Sozialversicherungen und seiner Sicherheit im Vordergrund. Dabei ging es um das nationale Informationssystem sowie den Datenaustausch mit anderen EU-Mitgliedsstaaten. Dieser kann zum Beispiel zur Erfassung von Beitragszahlungen von Arbeitnehmern erfolgen, die in zwei Mitgliedsstaaten gearbeitet haben. Die entsprechende Datenerfassung

6 So der Titel der Publikation.

7 Twinning: von der EU entwickelter Projekttyp, bei dem Verwaltungseinheiten aus dem Projektland und einem Partnerland gemeinsam und in engem Austausch die Projektaktivitäten planen und durchführen.

und die nationalen Informationssysteme sollen innerhalb der EU kompatibel sein, um neben dem freien Warenverkehr auch die Arbeitnehmerfreizügigkeit (gemäß EU-Verordnung 1408/71) zu erleichtern. Mit dieser Verordnung wird sichergestellt, dass Arbeitnehmer/innen unter anderem ihre Rentenansprüche beim Wechsel in ein anderes EU-Land nicht verlieren. Gerade personenbezogene Daten sind sensibel, und Datensicherheit ist dabei essentiell.

In dem ersten Projekt ging es um die Durchführung von Audits zu den Funktionalitäten und der Datensicherheit des Informationssystems für die Sozialversicherungen. Dieses auf SAP-Software basierende System wurde intensiv getestet. Zum Zweck der Audits und für eine sichere Bereitstellung der Audit-Instrumente musste zuerst eine separate interne Domain geschaffen werden. Die folgende Sicherstellung der Datensicherheit betraf unter anderem die Prüfung der Ausgaben und der Beitragseingänge sowie der individuellen Versichertenkonten. Das Projektteam organisierte auch Studienreisen nach Deutschland, um hier in der Praxis aufzuzeigen, welches Informationssystem die Deutsche Rentenversicherung nutzt und wie hier Datensicherheit gewährleistet wird.

In einem anschließenden Projekt war die Deutsche Rentenversicherung Westfalen Partner der GVG und hat die eigene Praxis bezüglich der Beitragszahlungen vorgestellt. Auch hier stand das genannte Informationssystem im Vordergrund, das auch für die Beitragsverwaltung genutzt wird. Nach einer Analyse der rechtlichen Grundlagen und des institutionellen Rahmens wurden gemeinsame Empfehlungen entwickelt, wie das System der Beitragseinziehung bzw. Zahlungseingänge und der Beitragsverwaltung verbessert werden kann. Auf der Grundlage von detaillierten Handbüchern, die im Projekt ausgearbeitet wurden, hat das Projektteam 20 Experten aus der tschechischen Verwaltung in mehreren Seminaren gezielt geschult. Einige Verwaltungsmitarbeiter nahmen dann auch an einer Studienreise nach Deutschland teil. Dabei konnten im Gespräch mit Mitarbeitern der Rentenversicherung Westfalen Erfahrungen ausgetauscht und konkrete Fragen zu

den technischen Verfahren sowie zu Datensicherheit und Effizienz des hier angewandten Informationssystems beantwortet werden.

In dem dritten Projekt war es erneut die Deutsche Rentenversicherung Westfalen, die als Twinning-Partner die tschechischen Partner darin unterstützte, ein Kundenportal aufzubauen. Auch hier stand die Frage der Datensicherheit im Fokus. Zuerst ging es aber darum, gemeinsam technische Lösungen für das Portal zu entwickeln. So starteten die Projektbeteiligten mit einer Bestandsaufnahme der gewünschten Funktionalitäten und der damit verbundenen Verfahren und Kommunikationsprozesse einschließlich der Datenspeicherung. Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen und den entsprechenden Regelungen auf EU-Ebene wurde dann eine Umsetzungsstrategie entwickelt. Die Umsetzung musste sich natürlich danach richten, welche Kundengruppen mit welchen Bedürfnissen durch das Portal angesprochen werden. Dann mussten die Verantwortlichen entscheiden, welche Nutzerrechte diesen eingeräumt werden sollen. Für die Nutzer sind sowohl ein einfacher Zugang als auch die Sicherheit der persönlichen Daten wichtig. Diese Aspekte wie auch die Dokumentation aller Zugriffe aus Gründen des Datenschutzes waren in der Sicherheitsarchitektur zu berücksichtigen, die auf der ISO/IEC 27002 aufsetzt. Damit wurden nicht nur die gesetzlichen Vorgaben erfüllt, sondern dieser Standard erlaubt auch die Definition effizienter und anwendungsfreundlicher technischer Abläufe. Die hier etablierte sichere und geschützte Kommunikation im Zugriff auf das Portal ebenso wie im Email-Verkehr entspricht auch den rechtlichen Anforderungen, an denen sich eGovernment-Anwendungen ausrichten müssen.

Die enge Zusammenarbeit mit der Tschechischen Republik schloss dann mit einem Projekt, dass die Datensicherheit nicht nur in den internen Abläufen, sondern auch im Austausch mit anderen EU-Mitgliedsstaaten thematisierte. Erneut war die Deutsche Rentenversicherung Westfalen mit ihrer großen institutionellen Erfahrung ein wichtiger Projektpartner. Im Projektverlauf wurde vor dem Hintergrund des Datenaustauschs auf EU-Ebene das komplette Datenerfassungssystem der

tschechischen Sozialversicherungsverwaltung überprüft. Anschließend entwickelten die Partner eine Informationssicherheitsstrategie mit entsprechenden Instrumenten, die den EU-Regularien und -verfahren entspricht. Neben der Sicherheit der IT-Anwendungen war es nötig, die entsprechenden Verfahren und Bearbeitungsroutinen an die EU-Standards anzupassen, um die Kompatibilität dieser Verfahren mit anderen Mitgliedsstaaten zu verbessern. In einer intensiven Zusammenarbeit setzten die Partner alles daran, die IT-Sicherheit auf das höchstmögliche Niveau zu bringen. Dafür wurden mögliche Risiken analysiert, konkrete, operationelle Richtlinien für bestimmte Risikofelder entwickelt und die Konzepte auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft. Im Ergebnis wurde die Datensicherheit durch die eingeführten Maßnahmen deutlich erhöht.

Somit entspricht das tschechische Informationssystem für die Sozialversicherungen nach den vier Projekten mit der GVG in wesentlichen Aspekten den hohen Anforderungen und Standards der EU. Neben einem sicheren und anwenderfreundlichen nationalen System der Datenerfassung und -verwaltung wurden auch die Voraussetzungen für einen störungsfreien Datenaustausch mit den anderen EU-Mitgliedsstaaten geschaffen. Dies ist besonders wichtig für Arbeitnehmer, die befristet oder dauerhaft in einem anderen EU-Staat arbeiten oder planen, dies zu tun.

Weiterhin ist im Bereich der Alterssicherung auch eine Studie für die Generaldirektion Beschäftigung der EU hervorzuheben, die sich mit der sozio-ökonomischen Wirkung von Rentensystemen auf Frauen in 15 EU-Staaten beschäftigte.⁸ Dazu wurden Daten zur Einkommenssituation von Männern und Frauen in diesen Staaten erhoben sowie andere internationale (vergleichende oder länderspezifische) Studien ausgewertet. Auf dieser Grundlage wurde untersucht, welche Maßnahmen die Staa-

8 Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Italien, Litauen, Malta, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Ungarn und Großbritannien. Der Bericht „The Socio-Economic Impact of Pension Systems on Women“ von 2009 ist unter folgendem Link abrufbar: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5001&langId=en>

ten ergreifen, um geschlechtsbasierte Ungleichheiten im Hinblick auf die Höhe der Rentenansprüche auszugleichen und wie effizient diese sind. Über diese Maßnahmen wurden für alle 15 Länder Kurzprofile erstellt.

In einer zweiten Phase untersuchte das Team fünf ausgewählte Länder noch eingehender und analysierte im Detail, wie sich die Maßnahmen auf Frauen mit verschiedenen Lebensverläufen auswirken. Das Ziel dieser Analyse war, gute Maßnahmen zu identifizieren, mit denen sich Unterschiede im Rentenbezug ausgleichen lassen, die auf geschlechtsspezifischen Faktoren beruhen und so Frauen benachteiligen. Zielgerichtete, effektive Beispiele aus unterschiedlichen Ländern für verschiedene Lebenssituationen werden in dem Gesamtbericht dargestellt und eingeordnet, so dass er sich als Referenzwerk für die Ausgestaltung von Rentensystemen unter Berücksichtigung von Genderaspekten anbietet.

Arbeitsmarkt

Arbeitsmarktpolitik und Fragen der Inklusion stellten gerade die Balkanländer vor besondere Herausforderungen. In den Ländern des ehemaligen Jugoslawien (SFRJ⁹), das nach dem Krieg (1992 – 1995) endgültig in sieben Teilstaaten¹⁰ zerfiel, waren die Problemlagen deutlich gravierender als in anderen mittel- und osteuropäischen Ländern. Einerseits war in den Kriegsjahren die Wirtschaft zusammengebrochen. Andererseits war durch den von den jeweiligen Führungen ethnisch gesteuerten Konflikt der innere Zusammenhalt der Volksgruppen bis hin zu einem verbreiteten Chauvinismus ausgeprägt, der bereits vorher instabile gesamtgesellschaftliche Zusammenhalt hingegen aufgelöst. Die Nachfolgestaaten blieben jedoch – wenn auch in deutlich geringerem Maße – ethnisch heterogen.

9 Sozialistische Föderative Republik Jugoslawien.

10 Neben Slowenien, Kroatien, Serbien, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien und Montenegro ist der Kosovo zu nennen, der aber von diversen Staaten völkerrechtlich nicht anerkannt wird.

So blieb die wirtschaftliche Situation in der Region auch ein Jahrzehnt nach Kriegsende weiter problematisch. Im Bereich der Sozialen Sicherung förderte die EU in dieser Situation eine aktive Arbeitsmarktpolitik, die von Projekten zu Chancengleichheit und Inklusion ergänzt wurden. In dieser Phase war die GVG über einen längeren Zeitraum mit Projekten zur Arbeitsmarktpolitik und verwandten Themen in der Region aktiv, nämlich in den sechs voll anerkannten Nachfolgestaaten Slowenien, Kroatien, Serbien, Montenegro, Bosnien-Herzegowina und zuletzt auch in Mazedonien. Die Zusammenarbeit mit den Nachfolgestaaten der SFRJ hatte bereits Mitte der 1990er Jahre begonnen. Die GVG hatte frühzeitig begonnen, diese bei den Reformen ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme sowohl im Hinblick auf die gesetzliche und politische Systemgestaltung als auch auf den Aufbau von Institutionen zu unterstützen.

In **Slowenien** deckte diese Unterstützung fast alle Bereich der Sozialen Sicherung ab. Neben einem Gesundheitsprojekt zu klinischen Richtlinien wurden ein Arbeitsschutzprojekt und ein Projekt zum Sozialen Dialog realisiert, das auch das Thema Chancengleichheit umfasste.¹¹ Hinzu kam ein Projekt zur besseren Koordinierung der Sozialen Sicherung auf EU-Ebene und zur Arbeitnehmerfreizügigkeit. Der Fokus der von der GVG implementierten Projekte lag aber auf dem Aufbau von institutionellen Strukturen für die Umsetzung der EU-Mittel aus dem Strukturfonds (und hier vor allem die Mittel des ESF¹²). Neben dem Aufbau effektiver Verwaltungsstrukturen sollte durch ein Informationssystem zum Monitoring von Maßnahmen zu lebenslangem Lernen („life-long learning“) die effiziente Nutzung der Mittel sichergestellt werden. Dazu wurde Personal des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Sport geschult und ein umfassender Evaluationsplan erarbeitet. Die Entwicklung Sloweniens, das aufgrund seiner geographischen Lage nur

11 In den Ländern Osteuropas wie auch z.B. in Belgien, Frankreich und Spanien kontrolliert die staatliche Gewerbeaufsicht nicht nur die Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen, sondern auch solche des Arbeitsrechts. Deshalb war auch das Thema der beruflichen Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen in Slowenien in dem Arbeitsschutzprojekt gut aufgehoben.

12 European Social Fund, ein Instrument zur Finanzierung besonders von Bildungsmaßnahmen.

sehr kurz am Krieg teilnahm, war grundsätzlich relativ stabil. Dies wirkte sich positiv auf die Projektdurchführung aus.

Die Konfliktlinien des Jugoslawienkrieges setzen sich bis heute am deutlichsten in **Bosnien-Herzegowina** fort. Die muslimischen Bosniaken leben in einem Staat mit Serben (orthodoxe Christen) und Kroaten (katholische Christen). Die Kroaten orientieren sich an Kroatien und haben meist einen kroatischen Zweitpass, der sie privilegiert. Die Serben leben überwiegend in der Republika Srbska und orientieren sich an Serbien. Die Föderation und die Republika Srbska sind administrativ getrennt und agieren weitgehend eigenständig, obwohl es eine nationale Regierung und Verwaltung gibt. In diesem schwierigen Umfeld hat die GVG ein Projekt zur Stärkung der institutionellen Kapazitäten des für Arbeit und Soziales zuständigen Ministeriums für die EU-Integration durchgeführt, musste aber feststellen, dass die entsprechende Abteilung zuerst nur aus zwei Mitarbeitern bestand und nur für internationale Fragen zuständig war. Für den nationalen Bereich waren die Ministerien der Teilrepubliken zuständig. Hier gelang es im Projektverlauf (2005-2006), die Abteilung deutlich auszubauen und gut auf die Erfordernisse einer Harmonisierung der Gesetze und ihrer Umsetzung mit den EU-Direktiven und -Standards vorzubereiten.

Montenegro wurde erst 2006 unabhängig. Die Wirtschaft war in vielen Bereichen schwach und der Transformationsprozess stand noch am Anfang. Dennoch führte die GVG schon ab Ende 2006 bis Anfang 2008 im Auftrag der EU ein Projekt zur Stärkung des Sozialen Dialogs durch, der in dieser Phase ein wichtiges Instrument zur Vermittlung zwischen den Interessen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sein konnte. Doch es gab gerade auf Arbeitgeberseite noch keine stabilen Strukturen. So richtete sich das Projekt vornehmlich an die Gewerkschaften für Beamte und für die Justiz.¹³ Neben der Stärkung der Gewerkschaften und dem Aufbau einer Interessenvertretung für die Arbeitgeber (Arbeit-

13 Der Grund für diesen Fokus sind die zahlreichen Umstrukturierungsprozesse gerade in der öffentlichen Verwaltung und Justiz.

geberverbände) war essentiell, eine Verständigung über die Notwendigkeit und den Zweck des Sozialen Dialogs herbeizuführen. Dazu wurde auch der Gewerkschaftsdachverband in das Projekt einbezogen. Zudem arbeitete das Projektteam auf eine aktive Beteiligung der Regierung am „tripartiten“, also dreiseitigen Sozialen Dialog hin. Eine Mitarbeit auf lokaler Verwaltungsebene u.a. im Rahmen der Wirtschafts- und Sozialräte wurde zugesichert; die Einrichtung eines nationalen Wirtschafts- und Sozialrats unter Mitarbeit von Regierungsvertretern konnte im Projektverlauf aber noch nicht erreicht werden.

In **Mazedonien** wurden zwischen 2005 und 2009 zwei Projekte mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik durchgeführt, welche die die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans zur Beschäftigungspolitik behandelten. Im ersten Projekt ging es um eine Stärkung der institutionellen Leistungsfähigkeit der Beschäftigungsagentur (vergleichbar der deutschen Bundesagentur für Arbeit) und seiner regionalen Strukturen, um auf Bedürfnisse der Arbeitsuchenden besser eingehen und die Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung effizienter umsetzen zu können. Instrumente dafür waren unter anderem eine verbesserte Koordinierung der beteiligten Ministerien, eine umfassende Arbeitsmarktanalyse sowie Schulungen in den Bereichen EU-Beschäftigungspolitik (Lissabon-Strategie), Entwicklung nationaler Beschäftigungsstrategien sowie Verbesserte Beratung der Arbeitsuchenden. Dazu wurde auch das IT-System der Behörde analysiert, um Empfehlungen für technische Anpassungen an die erweiterten Aufgaben der Agentur geben zu können. Diese Arbeit wurde in dem zweiten Projekt (2007 bis 2009) weitergeführt, um die Qualität der Dienste weiter zu erhöhen. Ein neuer Fokus lag auf der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von Frauen, Jugendlichen und anderen benachteiligten Gruppen. Ergänzt wurden die Projektinhalte durch die Aufgabe, mit einer Stärkung der Sozialpartner auch den Sozialen Dialog zu Beschäftigungspolitik und verwandten Themen zu beleben. Abgerundet wurden die Projektinhalte durch Aktivitäten zur Stärkung des öffentlichen Bewusstseins für Beschäftigungspolitik und entsprechenden Maßnahmen, die auf einer im Projekt entwickelten Informationsstrategie basierten.

Die wichtigsten Partnerländer in der Region waren aber **Serbien** und Kroatien. In Serbien führte die GVG auch im Gesundheitsbereich insgesamt vier Projekte durch. Bei den Arbeitsmarktprojekten waren es zwischen Ende 2007 bis Anfang 2010 zwei große Twinning-Projekte. Die wirtschaftliche Umstrukturierung und Privatisierungen zu Beginn des Jahrzehnts hatten in Serbien zwar zu einem Aufschwung geführt, aber auch zu steigender Arbeitslosigkeit gerade unter Jugendlichen von 15 bis 24 Jahren; mit 47 Prozent im Jahr 2005 war fast jeder zweite Jugendliche ohne Beschäftigung.¹⁴ Ähnlich problematisch war die Situation für andere Risikogruppen. In dieser schwierigen Situation wurde die Arbeitsverwaltung bei der Entwicklung einer zielgruppenorientierten Beschäftigungspolitik mit verbesserter Beratung und einem hohen Anteil an aktiven Beschäftigungsmaßnahmen unterstützt. Das erste Projekt wurde gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durchgeführt. Im serbischen Ministerium für Wirtschaft und Regionalentwicklung wurden effiziente Organisationsstrukturen geschaffen und interne Prozesse verbessert, um eine nachhaltige und zielgruppenspezifische Beschäftigungspolitik aufzulegen. Diese umfasste die Planung und Umsetzung, aber auch das Monitoring der Beschäftigungsstrategie und der entsprechenden Maßnahmen und berücksichtigte auch den Aspekt der Chancengleichheit für Frauen, Jugendliche und andere Gruppen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt. Ein zentrales Element war die Dezentralisierung durch Stärkung der lokalen Arbeitsverwaltung und von lokalen Arbeitsbündnissen.

Das zweite Projekt mit der Bundesagentur für Arbeit als Partner strebte die Modernisierung der serbischen Arbeitsagentur (National Employment Service, NES) an. Hier standen die internen Informationssysteme und die Finanzverwaltung im Fokus; ebenso wichtig war aber die Personalentwicklung. Ein wesentliches Ziel hinter diesen Maßnahmen war die Verbesserung der Beratungsdienste, um effektiver und bedarfsgerechter auf die Risikogruppen eingehen zu können. Auch hier war die Dezentralisierung der Organisationsstruktur ein substantielles Element.

¹⁴ Labour Force Survey; insgesamt lag die Arbeitslosigkeit in 2005 bei 21,8 Prozent. Der in Serbien weiterhin bestehende informelle Sektor mag die Zahlen etwas relativieren.

Ebenso bedeutete die Einführung neuer Managementansätze mit Zielvorgaben („Management by Objective“) einen Kulturwandel innerhalb der NES. Abgerundet wurde die Zusammenarbeit durch weitere Maßnahmen zur Verbesserung von Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluierung der aktiven Beschäftigungsmaßnahmen sowie den Ausbau des serbischen Arbeitsmarktinformationssystems.

Kroatien ist das erste Land der Region, das – im Juli 2013 – der EU beiträt. Die Zusammenarbeit mit der GVG war ausschließlich im Bereich Beschäftigungspolitik angesiedelt. Dabei waren die wirtschaftliche Situation und die entsprechenden Projektansätze denen in Serbien ähnlich, aber die früh eingeräumte Beitrittsperspektive resultierte in einer stärkeren Betonung der Harmonisierung der Gesetze und der Anpassung der Verwaltungsstrukturen an die EU.

Das erste Projekt zielte auf eine verbesserte Integration von Risikogruppen in den Arbeitsmarkt. Hierzu wurden die bestehenden beschäftigungspolitischen Maßnahmen überprüft, Empfehlungen gegeben und konkrete Vorschläge erarbeitet, um Maßnahmen und ihre Umsetzung besser an die Risikogruppen anzupassen. Dabei musste berücksichtigt werden, dass die wirtschaftliche Situation regional sehr unterschiedlich war. Deshalb wurden neben den lokalen Arbeitsämtern und den Gemeinden auch andere lokale Akteure (Sozialpartner, zivilgesellschaftliche Gruppen) in die Maßnahmenüberprüfung einbezogen. Mit den neuen Vorschlägen wurde einerseits die Wiedereingliederung Arbeitsloser in den Arbeitsmarkt angestrebt, andererseits auch eine verbesserte Beschäftigungsfähigkeit. Zudem wurden die Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung in den Vergabeverfahren für EU-finanzierte Zuschüsse geschult, um beschäftigungspolitische Vorhaben durchzuführen.¹⁵ Diese Zuschüsse wurden an Projektträger für geeignete Vorschläge zur besseren Integration von Risikogruppen vergeben.¹⁶

15 Auch mögliche Zuwendungsempfänger wurden in den Verfahren für Bewerbung und Durchführung von staatlich finanzierten Maßnahmen geschult.

16 Das Verfahren entspricht den EU-internen Vergabeverfahren für den Europäischen Sozialfonds, den Kroatien nach dem EU-Beitritt im Juli 2013 auch nutzen kann.

Die Stärkung der Arbeitsverwaltung zur Reduzierung der Arbeitslosigkeit blieb auch im folgenden Projekt primäres Ziel. Dem Ansatz der „Lokalen Partnerschaft für Beschäftigung“ der EU folgend, wurden in den Regionen institutionelle Rahmenbedingungen geschaffen, um (ausgerichtet an den für das HRDOP festgelegten Prioritäten)¹⁷ Beschäftigungspotentiale zu fördern und mögliche lokale Projektträger zu stärken. Auch dieses Projekt half somit, Kroatiens Arbeitsverwaltung auf verschiedenen Ebenen an die Anforderungen einer EU-Mitgliedschaft heranzuführen, aber mehr noch, die sich daraus ergebenden Potentiale und Mittel für eine aktive Beschäftigungspolitik zu nutzen. Dies war auch ein Schritt hin zu den Inhalten des Folgeprojektes, das EURES-Netzwerk auch in Kroatien umzusetzen. EURES bietet neben einem Europäischen Portal für Arbeitsuchende und Arbeitgeber, die Mitarbeiter suchen, auch eine Reihe weitere Dienstleistungen und Beratungen an. Diese beziehen sich wesentlich auf eine Erleichterung der Jobmobilität innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EU-Mitgliedsstaaten und EFTA-Staaten) und auch auf Information und Unterstützung für Arbeitgeber und Grenzgänger in europäischen Grenzregionen, einerseits durch das Portal, andererseits durch das Europäische Koordinierungsbüro, nationale Koordinierungsstellen sowie weitere Partner. Dazu erstellten die Projektpartner einen Leitfaden für das entsprechende Prozedere und erarbeiteten einen Aktivitätenplan, wie ihn die EURES-Charta der EU vorsieht.

In einer weiteren Projektkomponente wurden die Vorgaben für ein den EURES-Anforderungen entsprechendes IT-System für den Austausch über aktuelle Stellenangebote überprüft und das System entsprechend angepasst. In einer weiteren Komponente ging es um die Mitarbeiterschulung, wobei ein Train-the-Trainer-Ansatz gewählt wurde, um durch die geschulten Mitarbeiter nach Projektende weitere Mitarbeiter fortbilden zu können. Die Teilnehmer der Train-the-Trainer-Aktivität nahmen auch an Studienreisen nach Deutschland und in die Tschechische

17 Human Resource Development Operational Plan, Operationeller Plan zur Personalentwicklung im Europäischen Sozialfonds.

Republik teil, um ihr Wissen in praktischer Anschauung zu reflektieren, möglicherweise noch unklare Details zu identifizieren und so ihr Wissen weiter zu festigen.

Zum Abschluss führte die GVG ein Projekt durch, das den Zugang von Heranwachsenden mit Behinderungen zur Berufsbildung und darüber auch zum Arbeitsmarkt erleichtern sollte. Hierzu wurden entsprechende Ausbildungsinhalte angepasst, Ausbilder geschult, vor allem aber auch gesetzliche Möglichkeiten für die verbesserte Unterstützung dieser Gruppe geschaffen. Aber auch ausbildungswillige Arbeitgeber wurden in dem Projekt unterstützt. Letztlich zielte das Projekt auf eine bessere gesellschaftliche Integration von jungen Menschen mit Behinderungen.

Damit hat die GVG in Kroatien eine wichtige Rolle als Partner der Arbeitsverwaltung gespielt, um diese auf den EU-Beitritt vorzubereiten, vor allem aber, um im Kampf gegen die hohe Arbeitslosigkeit effiziente Instrumente für die Arbeitsvermittlung besonders auch für Risikogruppen zu schaffen. Auch für die ganze Region lässt sich resümieren, dass die GVG durch die Unterstützung gerade im Bereich der aktiven Beschäftigung wesentliche Bausteine zu einer wirtschaftlichen und sozialen Stabilisierung geliefert hat. Besonders die Unterstützung für Risikogruppen hat hier Wirkung entfaltet. Das Credo der deutschen Sozialversicherungsträger, das ein stabiles und belastbares Soziales Sicherungssystem ein substantielles Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts ist und zu einer stabilen Wirtschaft beiträgt, hat sich in den Nachfolgestaaten Jugoslawiens bestätigt. Erkennbar ist aber auch, dass der Weg zu einem modernen Wirtschafts- und Sozialsystem für einige Länder der Region – zu nennen sind insbesondere Bosnien-Herzegowina und der Kosovo – noch lang sein wird.

Arbeitsschutz

Im Bereich **Arbeitsschutz / Unfallversicherung** blickt die GVG auf eine enge und sehr erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesetz-

lichen Unfallversicherung (DGUV) zurück. Aber auch die staatlichen Aufsichtsbehörden (Gewerbeaufsichtsämter der Bundesländer) waren – besonders in den Twinning-Projekten¹⁸ – von Beginn an starke und verlässliche Partner.

Nach Projekten u.a. in Polen, Lettland, der Ukraine und Russland hat das Arbeitsschutzteam ab 2004 mehrere Arbeitsschutzprojekte in der **Türkei** durchgeführt. Da die EU-Projekte in diesem Bereich gut aufeinander aufbauten, bot sich der GVG die besondere Möglichkeit, über fast ein Jahrzehnt kontinuierlich am Aufbau eines effizienten nationalen Arbeitsschutzsystems mitzuwirken.

Im ISAG-Projekt (2004-2006) ging es um eine Bestandsaufnahme des Arbeitsschutzsystems vor allem in Bereich der Gesetzgebung und generell um die Stärkung des Generaldirektorats im Arbeitsministerium und seiner nachgeordneten Institute. So wurden das System der Arbeitsschutzlabore neu gestaltet und zwei Labore von Grund auf neu geplant, um dann mit weiteren EU-Mitteln renoviert (Ankara) bzw. neu gebaut (Kocaeli) zu werden. Darüber hinaus wurden Trainingsmaßnahmen in 10 verschiedenen Regionen durchgeführt, ergänzt durch eine „Road Show“ zur Stärkung des öffentlichen Bewusstseins für die Bedeutung sicherer und gesunder Arbeitsplätze. So schuf das Projekt eine solide Basis für die weitere Modernisierung des türkischen Systems.

Von 2008 bis 2009 hat die GVG ihre Arbeit im Ministerium mit einem Twinning-Projekt fortgesetzt. Der türkische Partner war die „Labour Inspection“, also die staatliche Aufsichtsbehörde; als deutscher Partner firmierte das Hessische Sozialministerium. Das Projektteam hat Trainingsmaßnahmen für die wichtigsten Hochrisikosektoren (Bau, Chemie, Metall und Bergbau) entwickelt und durchgeführt. Die dabei entwickelten Schulungsmaterialien konnten im Anschluss durch im Projekt ausge-

¹⁸ Twinning: von der EU entwickeltes Projekttyp, bei dem Verwaltungseinheiten aus dem Projektland und einem Partnerland gemeinsam und in engem Austausch die Projektdurchführung koordinieren.

bildete Trainer für interne Mitarbeiterfortbildungen weiter genutzt werden. Parallel dazu wurden Handbücher für Arbeiter und Betriebsräte und für das betriebliche Management erstellt. Mit diesem Projekt hat die GVG die staatliche Aufsicht in ihrer Aufgabe gestärkt, die Einhaltung des u.a. im ISAG-Projekt entwickelten Regelwerks in den Betrieben zu überwachen. Die wichtigste Herausforderung für die „Labour Inspection“ war es, die neue Rolle eines Partners und Beraters der Unternehmen sowohl institutionell als auch durch die einzelnen Aufsichtsbeamten anzunehmen. Bislang herrschte das Selbstverständnis einer autoritären Kontrollbehörde vor. Sowohl in Projektaktivitäten zur Informationspolitik der „Labour Inspection“ als auch in Aktivitäten zum Thema „Sozialer Dialog“ wurde das neue Rollenverständnis thematisiert und damit einhergehend das veränderte Verhältnis zu den Unternehmensvertretern diskutiert und in Rollenspielen auch konkret eingeübt.

Zusammen mit einem EU-finanzierten Folgeprojekt (2011 bis 2013), das die zentralen Arbeitsschutzinstrumente auf betrieblicher Ebene einführte, haben diese Arbeitsschutzprojekte der EU wichtige Beiträge zu einem modernen und effizienten nationalen Arbeitsschutzsystem geliefert, die staatliche Aufsicht gestärkt sowie die Unternehmen unterstützt, den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden und darüber hinaus Investitionen in den Arbeitsschutz als unternehmerisch lohnend zu begreifen.¹⁹

In der Folge zielten weitere EU-finanzierte Arbeitsschutzprojekte dann auf spezifischere Themen wie z.B. die Umsetzung der EU-Richtlinien SEVESO II²⁰ und REACH in der Chemischen Industrie. Die GVG hat in dieser Phase mit Unterstützung der Berufsgenossenschaft (BG) Bau und ihrem Schulungszentrum in Haan ein Projekt zur Testung von Persönlicher Schutzausrüstung umgesetzt. Das türkische Arbeitsministerium hat ein eigenes Testlabor aufgebaut, und das Projekt hat Mitarbeiter sowohl in Fragen der Marktüberwachung (Zulassungsverfahren,

19 Studien belegen, dass Investitionen in betrieblichen Arbeitsschutz sich rasch finanziell auszahlen, so dass Unternehmen grundsätzlich gut beraten sind, sich dieses Themas mit konkreten Maßnahmen anzunehmen.

20 Seit 2015 gilt die 2012 überarbeitete SEVESO-III-Richtlinie.

Markt- und Einfuhrkontrollen) als auch ganz konkret in den Testverfahren z.B. für Schutzhelme oder Sicherungsgurte ausgebildet. Diese Schulungen wurden in Haan sowie in anderen zertifizierten Testlaboren in der EU durchgeführt, aber auch an den neu angeschafften Testgeräten vor Ort in Ankara.

In Anschluss an diese Phase einer diversifizierten Unterstützung der EU hat das türkische Arbeitsministerium begonnen, aus eigenen Mitteln finanzierte Projekte auszuschreiben. Aufgrund der langjährigen guten Zusammenarbeit wurde die GVG zur Teilnahme an einem Projekt zur Entwicklung sektoraler Managementsysteme für den Arbeitsschutz eingeladen, konnte diese Anfrage dann aber wegen des Endes seiner internationalen Zusammenarbeit (s.u.) nicht weiter verfolgen.

Das letzte vom Arbeitsschutzteam durchgeführte Projekt „EU-CHINA Cooperation on Occupational Health and Safety in High-Risk Sectors (EUCOSH)“ war mit einem Budget von 8,2 Millionen Euro das weltweit größte von der EU finanzierte Arbeitsschutzprojekt. Von April 2012 bis April 2016 wurden die Arbeitsschutzgesetze Chinas mit dem EU-Regelwerk abgeglichen, die staatliche Aufsichtsbehörde gestärkt sowie auch die betriebliche Praxis in ausgewählten Pilotunternehmen auf ein modernes, den EU-Standards entsprechendes Niveau gehoben. Dabei konnte gerade auf betrieblicher Ebene gezeigt werden, wie wichtig die aktive Mitwirkung der Beschäftigten und ein enges Zusammenspiel von Management, Arbeitern und staatlicher Aufsicht für eine effiziente Prävention sind. Wichtige Produkte dieser Arbeit waren acht praxiserprobte Handbücher für Schulungen und zu arbeitsmedizinischen Fragen, die eine Vielzahl von Materialien und sogar Schulungsvideos umfassten.

Da das Projektteam nicht direkt mit dem Ministerium arbeitete, sondern mit einer vorgeschalteten Agentur für internationale Zusammenarbeit, wirkten sich die Ergebnisse des Projektes nicht unmittelbar auf das nationale System aus. Sie wurden stattdessen vom Ministerium erst nach eingehender Prüfung weiter umgesetzt beziehungsweise verbreitet. Einige EU-Instrumente einschließlich des Sozialen Dialogs

hielt das Ministerium aber in der aktuellen Entwicklungsphase für (noch) nicht nutzbar. Dennoch hat das Projekt nachhaltig demonstrieren können, wie das chinesische System an die hohen EU-Standards zur Reduzierung von Unfallzahlen und Berufskrankheiten herangeführt werden kann. Die chinesische Regierung wird über 75 Prozent der Empfehlungen aus dem EUCOSH-Projekt bei der weiteren Modernisierung des Arbeitsschutzsystems berücksichtigen.

Gesundheit

Das Gesundheitsteam war das erste in der GVG, das ein großes Beratungsprojekt außerhalb Europas durchgeführt hat: „Introduction of a Social Health Insurance System“ (Phase 1 und 2) wurde in **Indonesien** von 2004 bis 2009 umgesetzt. Finanziert durch die deutsche Regierung über ihre Durchführungsorganisation GTZ (heute: GIZ, Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), stellte das Projektziel eine große Herausforderung dar, nämlich die Neugestaltung eines nationalen Sozialen Krankenversicherungssystems. Zudem sollte dies nur ein erster Schritt in Richtung eines umfassenden Sozialversicherungssystems sein. In der ersten Phase wurden die Grundlagen für den nachhaltigen Aufbau solch einer Krankenversicherung gelegt, die vor allem auch sozial benachteiligte Gesellschaftsgruppen abdecken sollte. Dazu sollten die öffentliche Wahrnehmung und Stellung der Krankenversicherungsinstitutionen verbessert und die Versicherten in die Organisationsstrukturen eingebunden werden. Eine besondere Schwierigkeit stellte der Ansatz der indonesischen Regierung dar, in einem dezentralen politischen System die Krankenversicherung zentralisiert zu organisieren. Dies stellte hohe Anforderungen an das Projektteam, das auch ohne diesen bedeutsamen Einzelaspekt schon viele Ressourcen in die Moderation der disparaten Interessen in einer sehr heterogenen Akteursstruktur investieren musste. So nahmen an einem ersten Workshop zur Konsensbildung zwölf nationale Regierungen und staatliche Institutionen sowie 33 Provinzen, alle Krankenversicherungsinstitutionen und weitere Interessenvertreter und Fachleute teil. Natürlich war es von

großem Vorteil, dass das beteiligte GVG-Personal aus der nationalen Arbeit heraus vielfältige Erfahrungen mit der Moderation solcher Konsensfindungsprozesse gerade auch im hochkomplexen deutschen Gesundheitssystem mit seinen sehr unterschiedlichen Akteuren gewonnen hatte.

In der zweiten Projektphase lag der Fokus einerseits auf der Ausweitung der Versicherten auf den Bereich der informellen Beschäftigung und die Partizipation aller Interessengruppen in den politischen Entscheidungsprozessen, aber auch auf einer Harmonisierung der gesetzlichen Normen und der Umwandlung von gewinnorientierten in Non-Profit-Krankenversicherungen. Eine wichtige Aufgabe war die Integration dieser sozialen Krankenversicherung in die Gesundheitspolitik und in die öffentliche Gesundheitspflege. Dazu wurden wichtige Akteure wie das Gesundheitsministerium darin gestärkt, entsprechende Strategien auf Basis von Prinzipien guter Regierungsführung zu entwickeln. Ebenso unterstützte das Projektteam die Ausarbeitung von Umsetzungsrichtlinien und die Harmonisierung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des Sozialen Sicherungsgesetzes mit dem Gesetz über lokale Autonomie. Eine weitere wichtige Komponente war das Training von Mitgliedern des Managements im Gesundheitssystem. Zudem ging es um die Stärkung der institutionellen Kapazitäten, um zum Beispiel versicherungstechnische Berechnungen durchzuführen, den Leistungskorb zu definieren, die Umsetzung zu überwachen und die Wirkung auf das Sozialsystem zu bewerten, aber auch darum, Konzepte für eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit zu den Reformen zu erarbeiten.

Das Projekt wurde lange sehr erfolgreich durchgeführt, dann aber aufgrund nicht überbrückbarer Differenzen zwischen der GVG und der indonesischen Seite auf der einen Seite und neuem regionalen Leitungspersonal des Zuwendungsgebers auf der anderen vor Ablauf der vorgesehenen Laufzeit beendet. Dennoch entsprach das Projekt in der Grundidee wie in der Durchführung sehr genau dem, was die Arbeit der GVG allgemein ausmacht: In einem umfassenden Ansatz hat das Projektteam die Struktur eines ganzen Systems modernisiert, dabei eine

breite Partizipation an den Entscheidungsprozessen sichergestellt, die gesellschaftliche Konsensbildung moderiert und durch hochqualifizierte technische Expertise eine qualitätsgesicherte Umsetzung sichergestellt.

Ein wichtiges Trainingsprojekt im Gesundheitsbereich wurde in **Serbien** mit einer Laufzeit von 42 Monaten (Januar 2008 bis Juli 2011) umgesetzt. Im Kern ging es um die Unterstützung der Reform der Gesundheitsdienste und den Aufbau eines Trainingssystems für Gesundheitsmanagement.

Auch hier war der Ansatz systemisch. Das Projektteam hat mit den serbischen Partnern ein landesweites institutionelles Ausbildungsmodell für Gesundheitsmanagement entworfen, das internationalen Standards entspricht. Dazu wurden inhaltliche und technische Voraussetzungen für ein nationales Schulungszentrum für Gesundheitsmanagement geschaffen, das über eine entsprechende Infrastruktur auch in die Lage versetzt wurde, „eLearning“- und „Distance Learning“-Kapazitäten zu entwickeln. Inhaltlich wurde ein vollwertiges Masterstudium Gesundheitsmanagement entwickelt, das auch auf im Projekt entwickelte Richtlinien und Standards für den Gesundheitssektor aufbaute. Natürlich waren Fortbildungsmaßnahmen für die eingesetzten Gesundheitsexperten und Trainer von großer Bedeutung für den Projekterfolg.

Während des Projektverlaufs starteten die ersten Jahrgänge des Masterstudiums. Das Studienprogramm wurde von der zuständigen Serbischen Kommission für Akkreditierung und Qualitätssicherung sowohl akkreditiert als auch zertifiziert.

Ein weiteres Projekt in Serbien betraf den Bereich der Palliativmedizin und die Umsetzung sowohl der entsprechenden Gesetzgebung als auch eines nationalen Aktionsplans, um ein umfassendes System dieses sensiblen medizinischen Bereichs aufzubauen. Dieses System richtet sich sowohl an Erwachsene als auch an Kinder mit nicht mehr

kurativ zu behandelnden Schwersterkrankungen. Ein zentrales Kriterium für den Aufbau des Systems ist der freie und gleiche Zugang für alle Gesellschaftsgruppen, denn dieser Zugang zu Schmerztherapie und palliativer Behandlung ist ein grundlegendes Menschenrecht.

Das Thema der Diagnosis Related Groups wurde von der GVG gemeinsam mit dem Vorreiter in Deutschland, der InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), in **Rumänien** umgesetzt. In Deutschland besser bekannt unter dem Begriff der Fallpauschalen, bleibt die Wirksamkeit dieses Abrechnungssystems zwar umstritten, wurde aber inzwischen in vielen Ländern eingeführt, darunter auch per Volksentscheid in der Schweiz. Zur Einführung eines DRG-Systems in Rumänien wurden zuerst die grundlegenden Voraussetzungen geschaffen:

- die Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen,
- ein Informationssystem über Krankenhausaktivitäten auf Basis von Behandlungsdaten,
- ein Finanzierungsmechanismus auf Grundlage einer Typologie von Behandlungen,
- der Aufbau einer Patientenklassifizierungssystematik,
- die Einführung von Mechanismen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen und der Verkürzung von Krankenhausaufenthalten,
- Workshops und Schulungen zur Personalentwicklung.

Mit einer Laufzeit von 18 Monaten ist es eines der großen Projekte im Gesundheitsbereich. Eine besondere Bedeutung gewann es aber dadurch, dass gerade das Thema DRG konkreten Anlass bot darüber nachzudenken, wie die Attraktivität des deutschen Systems der Sozialen Sicherung oder einzelner Elemente dieses Systems in der internationalen Arbeit besser nutzbar gemacht werden könnten. Im Folgenden werden entsprechende strategische Überlegungen der GVG zu dieser Frage dargestellt.

Strategische Gedankenspiele – Deutsche Soziale Sicherung als Exportschlager?

Im Verlauf ihrer internationalen Aktivitäten hat die GVG immer wieder auch ihre eigene Rolle und die internen Strukturen hinterfragt. Dazu gehörte zu überprüfen, ob die Projektarbeit effizient ist und nachhaltige Wirkung entfaltet. Zudem ging es darum, über Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Partnerländern außerhalb des vorgegebenen Rahmens von Projektausschreibungen nachzudenken.

Aus dem Gesundheitsbereich kam hierzu ein besonderer, mit den Mitgliedern der GVG abgestimmter und als Band 65 der GVG-Schriftenreihe veröffentlichter Beitrag „Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft“. Der wahrgenommenen starken Nachfrage nach Beratungsleistungen im Bereich der Sozialen Sicherung gerade von deutschen Institutionen und Expert(inn)en stehen laut diesem Beitrag keine ausreichenden Angebote von Seiten europäischer, besonders aber deutscher Zuwendungsgeber gegenüber, diese Beratung in einem systematischen Ansatz anzubieten.

Der von der GVG vorgeschlagene Weg integriert sozialpolitische mit entwicklungs- und wirtschaftspolitischen Zielen. Einerseits verstärken sich sozialpolitische und wirtschaftliche Impulse in der Binnenwirkung gegenseitig und befördern die gesamtgesellschaftliche Entwicklung. Andererseits verbessert ein gestärktes, an den Menschenrechten und spezifischeren Regelungen wie den Kernarbeitsnormen orientiertes Sozialsystem auch die Möglichkeiten für eine Integration in die internationale Wirtschaft. Um die hohen Ziele zu erreichen, seien aber „die Weiterentwicklung und der Imagewandel deutscher Systemlösungen zu identifizierbaren und anerkannten (immateriellen) Produkten und Dienstleistungen, der Aufbau geeigneter Strukturen, um den Export dieser Produkte zu fördern, sowie die Einbindung neuer Akteure und

neuer Kooperationen in die internationale Zusammenarbeit“ notwendig.²¹ Die „Millennium Development Goals“ und die G-8-Beschlüsse von Heiligendamm 2007 zielten verstärkt auf den Aufbau und die Modernisierung von Sozialsystemen; auch der Deutsche Bundestag hat die soziale Sicherung 2007 zu einem Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gemacht. Gespiegelt wird diese Neujustierung auf der Seite der Schwellen- und Entwicklungsländer durch einen Wandel der Wahrnehmung Sozialer Sicherungssysteme weg von einer „Hilfeleistung für die sozialen Verlierer“ hin zu einem stabilisierenden Element und sogar Motor der Entwicklung. Soziale Sicherheit schützt vor Lebensrisiken und sichert dadurch Einkommen, stärkt die Kaufkraft, erhöht die Risikobereitschaft potentieller Marktteilnehmer, aber vor allem stabilisiert sie das Wirtschafts- und Gesellschaftssystem gerade in Krisenzeiten.

In diesem Gesamtkontext plädiert die GVG dafür, Beratung von Partnerländern zur Stärkung der sozialen Sicherungssysteme auch im Zusammenhang mit einer Exportförderung zum Beispiel für Gesundheitsprodukte zu sehen. Es gebe hier ein großes Potential, das allerdings weniger die Ausfuhr von Spitzentechnologie betreffe. Vielmehr müssten in den Schwellen- und Entwicklungsländern Produkte angeboten werden, die an den Bedarf ebenso wie die Standards der jeweiligen Gesundheits- und Sozialsysteme angepasst sind, damit sie eine Breitenwirkung entfalten und somit breite Nachfrage generieren können. Hierzu könnten allerdings auch „immaterielle Produkte“ gezählt werden wie z.B. Systemelemente (Pflegeversicherung, Rehabilitation, Arbeitsschutz mit seinen Instrumenten zur Prävention, Versicherungsaufsicht u.a.) oder konkrete technische Verfahren (DRG, eHealth-Anwendungen, Versichertenkonten, Case-Management). Der Export solcher immateriellen Produkte ziehe die Entstehung von Märkten auch für traditionelle Exportprodukte und Dienstleistungen nach sich.

21 Gedacht ist hierbei an die öffentlichen Träger der sozialen Sicherung, Versicherungsunternehmen, verschiedene Gesundheitsdienstleister, aber auch an Berufs- und Fachverbände, die Partnerschaften mit entsprechenden Akteuren des Partnerlandes eingehen, um deren Position und Interessen zu stärken.

Gerade im Gesundheitsbereich bedeute der Zugang für viele zu medizinischen Leistungen durch entsprechenden Versicherungsschutz eine Verstärkung der Nachfrage nach diesen Leistungen und den dafür erforderlichen Produkten. Durch Entstehung und Wachstum solcher Märkte können Aufbau und Modernisierung der Sozialen Sicherungssysteme nicht nur einen wesentlichen Beitrag leisten, Lebensrisiken auszugleichen und damit die Gesellschaft und das Wirtschaftssystem zu stabilisieren, sondern darüber hinaus die wirtschaftliche Entwicklung substantiell befördern.

Aus deutscher Sicht ist ein freiheitliches System sozialer Sicherung gegenüber rein staatlich oder rein wettbewerblich organisierten Lösungen vorzuziehen. Gerade das Prinzip der Selbstverwaltung bietet sehr gute Möglichkeiten der gesellschaftlichen Mitwirkung, die für einen konsensbasierten und pluralistischen Ansatz essentiell ist. Die Publikation weist Deutschland mit seiner langen Tradition der sozialen Sicherung als dafür prädestiniert aus, eine systemische Beratung zu erbringen. Dies eröffnete aber eben auch sehr gute Perspektiven für die deutsche Exportwirtschaft, welche deshalb eine Systemberatung durch deutsche Träger als Chance begreifen und entsprechende Projekte fördern sollte.

Internationale Studien

Aufgrund ihrer nationalen Rolle und Expertise war die GVG sehr gut aufgestellt, um internationale Studien durchzuführen. Natürlich gab es auch in diesem Bereich eine starke Konkurrenz um die ausgeschriebenen Studienprojekte, oft standen GVG-Bewerbungen im Wettbewerb mit großen Forschungseinrichtungen und -verbänden. Dennoch haben sich die Fachteams häufig gegen solche Konkurrenz durchsetzen können, was zum einen der hohen Qualität ihrer Arbeit zu verdanken ist. Andererseits lag dies vermutlich auch an einer trotz aller Fachkenntnis immer auch pragmatischen und zielorientierten Arbeitsweise. So konnte eine Ausschreibung für einen EU-Leitfaden für Sanierung und Abbau von asbest-

haltigen Bauten auch deshalb gewonnen werden, weil mal als Partner eine Firma gewinnen konnte, die große praktische Erfahrung mit solchen Arbeiten hatte und u.a. im Auftrag des Senats ein Sanierungskonzept für den Palast der Republik in Berlin erstellt hatte.

Die durchgeführten Studien behandelten Themen aus allen Bereichen, in denen die GVG tätig ist, wie Gesundheit, Arbeitsschutz, Sozialschutz oder Chancengleichheit. Im Folgenden werden drei der wichtigsten Studienprojekte vorgestellt. Von diesen stellt die sogenannte „13-Länderstudie“ eine besondere Wegmarke dar, weil die GVG mit dieser Studie gemeinsam mit dem Partner London School of Economics (LSE) große Aufmerksamkeit erreichte. Sie trug damit stark zur Profilbildung und zu einer Profilierung der GVG in der internationalen Zusammenarbeit bei.

„13-Länderstudie“

Die Studie wurde innerhalb von nur 12 Monaten im Jahr 2002 realisiert. Sie behandelte die Sozialen Sicherungssysteme von 13 Kandidatenländern für einen EU-Beitritt.²² Hier ging es darum, den aktuellen Entwicklungsstand in den genannten Ländern darzustellen sowie die jeweiligen besonderen Herausforderungen zu identifizieren. Durch den stringent angewandten methodischen Ansatz für alle einzelnen Länderstudien waren deren Ergebnisse gut vergleichbar.

Der Aufbau der Länderstudien umfasst eine allgemeine Bestandsaufnahme der Sozialsysteme und ihrer wirtschaftlichen, sozialen und demographischen Rahmenbedingungen in den letzten fünf bis zehn Jahren vor, gefolgt von einem allgemeinen Überblick. In den nachfolgenden Kapiteln (Kapitel 3 bis 5) werden die Systeme der Alterssicherung, der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung sowie der

22 Neben den ersten zehn EU-Beitrittsländern, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakische Republik, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern, waren dies Bulgarien, Rumänien und die Türkei.

Gesundheit einzeln betrachtet. Dabei werden neben den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen auch die aus dem Beitritt zur EU zu erwartenden Konsequenzen behandelt.

Die 13 Einzelstudien wurden von der GVG publiziert (Schriftenreihe, Band 40 bis 43, 2003). Die ebenfalls im Projekt entstandene Zusammenfassung (Synthesis Report) wurde im gleichen Jahr von der EU selbst veröffentlicht.

Soziale Auswirkung von Auswanderung und Landflucht in Zentral- und Osteuropa

Eine ähnlich wegweisende Studie wurde von November 2010 bis Mai 2012 für die EU durchgeführt. Dabei ging es um die Bewertung der sozialen Folgen von Auswanderung und der Abwanderung vom Land in städtische Gebiete in 25 Ländern Zentral- und Osteuropas. Die Länderexpert(inn)en haben dazu auch die Transformationsprozesse der vorigen zwei Dekaden in ihre Analyse der Auswirkungen auf Beschäftigung, Armut, soziale Ausgrenzung und Zugang zu sozialen Diensten und Sozialhilfe mit einbezogen. Aus diesen Einzelstudien und einer Zusammenfassung zu einer Gesamtanalyse hat das leitende Forschungsteam auch politisch-strategische Empfehlungen für die jeweiligen Länder, aber auch an die EU und internationale Zuwendungsgeber entwickelt, die im Bereich der Sozialen Sicherung aktiv sind.

Ein wichtiges Element für die Forschungsarbeit war die Etablierung einer Internetplattform zum Austausch und zur Diskussion der Ergebnisse. Über diese Plattform konnten auch methodologische Fragen geklärt werden, um eine einheitliche Vorgehensweise sicherzustellen. Durch die Plattform wurde die Koordinierung der Arbeit der 25 Länderberichtersteller(innen) wesentlich erleichtert.

Der Abschlussbericht mit den dezidierten Politikempfehlungen wurde mit Vertretern der EU intensiv diskutiert und die Studie dann von der EU veröffentlicht.

asisp

Ein letztes großes Studienprojekt der GVG war „asisp“. Hier wurden Berichte aus 34 teilnehmenden Ländern zu aktuellen Entwicklungen in der Sozialen Sicherung erstellt. Das Projekt umfasste neben den aktuell 28 EU-Mitgliedstaaten auch die EFTA²³-Länder Schweiz, Norwegen, Liechtenstein und Island sowie die Türkei und Mazedonien. asisp ist ein von der GVG koordiniertes, unabhängiges Expertennetzwerk, dass auf Basis einer Internetplattform und durch jährliche Berichterstattung umfassende Informationen über die nationalen Systeme, aber auch über aktuelle Richtungsdebatten und neueste Forschungsergebnisse zu Alter, Gesundheit und Langzeitpflege bereitstellt.

Die als Berichterstatter fungierenden nationalen Expert(inn)en kommentierten dabei auch die Reformschritte im Sozialen Sicherungssystem ihres Landes aus fachlicher Perspektive, fassten aktuelle Diskussionen zusammen und lieferten Listen aktueller Publikationen sowie Aufstellungen der zuständigen Institutionen. Eine besondere Rolle spielten dabei die Nationalen Strategieberichte und weitere Fachdokumente aus den Ländern selbst. In jährlich stattfindenden, von der GVG organisierten Netzwerktreffen hatten die beteiligten Expert(inn)en regelmäßig Gelegenheit zum Austausch und zu intensiven Diskussionen über aktuelle Entwicklungen. Aufgrund der großen Zufriedenheit der EU über den Projektverlauf wurde nach der ersten Phase von Juni 2008 bis 2010 das Projekt in einem vereinfachten Verfahren ohne Neuausschreibung um zwei Jahre bis 2012 verlängert.

23 European Free Trade Association.

Danach wurde asisp für eine Fortführung mit zwei ähnlich aufgestellten, großen Studienprojekten der EU zusammengelegt. Leider blieb die Bewerbung der GVG erfolglos. Dies ist im Wesentlichen damit zu begründen, dass der erfolgreiche Bieter durch einen garantierten staatlichen Zuschuss in beträchtlicher Höhe für die Projektdurchführung einen Wettbewerbsvorteil hatte, der sich auch durch ein fachlich starkes Angebot der GVG nicht ausgleichen ließ. Dieser ungünstige Ausgang hatte unmittelbar Auswirkungen auf die Entscheidung des Vorstands der GVG, die Internationale Arbeit nicht weiter fortzuführen.

Jüngste Entwicklungen – Regionale Ausweitung und Auslaufen der Auslandsprojekte

Die GVG hat in der Rückschau die EU-Beitrittsstaaten durch diverse Projekte umfassend beraten und aktuelle Kandidatenländer (die Türkei, Serbien, Mazedonien, Bosnien und Herzegowina) an den *acquis communautaire* herangeführt. Darüber hinaus hat sie in den vergangenen Jahren zunehmend auch Projekte in Staaten durchgeführt, die unter die „Neighbourhood Policy“ der EU fallen. Zuletzt erstreckten sich die Aktivitäten auch bis in die Entwicklungsländer, am prominentesten mit einem großen Arbeitsschutzprojekt in der Volksrepublik China. An dieser Stelle ist zudem das Projekt „SOCIEUX“ zu nennen, in dem Entwicklungs- und Schwellenländer weltweit in Fragen der Sozialen Sicherung unterstützt werden. Das Projekt bietet den Partnerländern Finanzmittel und organisatorische Unterstützung an, um Delegationsbesuche (überwiegend in EU-Länder) ebenso wie Beratungseinsätze durch einzelne Expert(inn)en in den Partnerländern selbst durchzuführen. In gewissem Sinn führt dieses Projekt die GVG wieder an die Anfänge der internationalen Zusammenarbeit zurück, als einzelne Experteneinsätze und Delegationsbesuche umgesetzt wurden.

Somit schließt sich ein Kreis, denn mit dem Socieux-Projekt endete für die GVG zum Abschluss des Jahres 2016 die Internationale Zusammenarbeit. Im Frühjahr 2014 entschieden Vorstand und Geschäftsführung der GVG nach einer Reihe erfolgloser Projektbewerbungen überraschend, die internationale Arbeit einzustellen. Mit einer Umstrukturierung war gerechnet worden; doch der Beschluss des Vorstands und der damit einhergehende Entscheid, fortan keine Akquise mehr zu betreiben, markierten einen unumkehrbaren Schlusspunkt.

Das Umfeld der technischen Zusammenarbeit hat sich in den letzten Jahren verändert. Die großen Zuwendungsgeber tendieren zu Projekten oder Programmen mit sehr großen Budgets anstelle vieler kleiner Projekte, die in der Regel einen wesentlich höheren Verwaltungsaufwand haben. Dies bevorteilt in der Konsequenz große, vorwiegend privatrechtlich organisierte Projektnehmer, die deutlich besser in der Lage sind, eigene Mittel in Projektbewerbungen und in die Umsetzung von Projekten zu investieren. Gegen solche Akteure wurde, dies gilt es festzustellen, die Konkurrenz immer schärfer.

In dieser angespannten Gesamtsituation ist es nicht gelungen, eine Strategie zu entwickeln, auf deren Grundlage die GVG ihre internationale Arbeit hätte fortsetzen können. Sie war aufgrund ihrer Struktur ein besonderer Wettbewerber, der sich einer Konkurrenz unter anderem aus großen Forschungseinrichtungen und privaten Consultingfirmen stellen musste. Dennoch hat sie sich über viele Jahre durchsetzen können. Dazu trugen die Attraktivität des deutschen Systems, ihre enge Anbindung an die Institutionen der sozialen Sicherheit als Mitglieder, die nicht profitorientierte Arbeit und ein hoher professioneller Anspruch sowohl der Geschäftsstelle als auch der GVG-Mitglieder an die internationale Beratung bei. Es gelang aber nicht, diese Vorteile voll zum Tragen zu bringen, um z.B. neue Themenfelder wie Telematik/eHealth für eine internationale Beratung zu erschließen, neue Zuwendungsgeber oder Finanzierungsmöglichkeiten zu identifizieren oder engere Arbeitskontakte mit den bisherigen Zuwendungsgebern zu eta-

blieren. Auch die Idee eines verstärkten „Exports deutscher Expertise in der Sozialen Sicherung“ (siehe oben) blieb im Stadium eines „Gedankenspiels“. Dies ist angesichts der Tendenz zu einer stärkeren Betonung der Sozialen Sicherung als Stabilitätsfaktor für eine nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung besonders bedauerlich. In der internationalen Zusammenarbeit rückte die Reform und Modernisierung nationaler Systeme der Sozialen Sicherung in den vergangenen Jahren deutlich in den Vordergrund. Gerade für diese systemorientierte Beratung war die GVG aufgrund ihrer Erfahrung, vor allem aber mit ihrer Mitgliederstruktur besonders gut aufgestellt.

Aber auch ohne neue Wege zu beschreiten hatte es vor dem Vorstandsbeschluss sowie in der Folgezeit verschiedene interessante Kooperationsangebote gegeben, die aber aufgrund des Stopps jeglicher Akquise nicht weiter verfolgt werden konnten.

Insgesamt verlieren die Mitglieder sowie die weiteren Akteure der Sozialen Sicherung in Deutschland mit der GVG einen bemerkenswerten und über lange Jahre sehr erfolgreichen Akteur der Internationalen Zusammenarbeit. Die GVG hat dabei als Vertreter des deutschen Systems agiert und deutsche Systemlösungen vorgestellt. Diese Stimme ist nun verloren. Ende 2016 endeten die internationalen Projekte der GVG. Lediglich das SOCIEUX-Projekt wurde erst Anfang 2017 abgeschlossen, bevor die internationale Zusammenarbeit mit dem Ausscheiden der letzten beteiligten Mitarbeiterinnen Ende März auch personell beendet wurde.

Fazit

Insgesamt hat die GVG in mehr als 300 internationalen Studien, Konferenzen und Projekten der Technischen Zusammenarbeit dazu beigetragen, Zukunftsthemen der Sozialen Sicherung zu diskutieren und voranzubringen. Ganz konkret hat die Internationale Abteilung der GVG Partnerländer unterstützt, ihre nationalen Systeme zu modernisieren

und an die Anforderungen in einer globalisierten Welt anzupassen. Die Zusammenarbeit mit den Partnerländern und -regierungen war dabei stets vertrauensvoll und zielorientiert. Besonders bei der schrittweisen Osterweiterung der Europäischen Union waren die Beiträge der GVG bemerkenswert vielfältig, erfolgreich und systemrelevant.

Auf der Basis einer engen Zusammenarbeit mit den in der GVG organisierten Akteuren hat sie dazu beigetragen, das attraktive deutsche Sozialsystem als Blaupause für die Neugestaltung und Modernisierung der nationalen Systeme gerade in den osteuropäischen Partnerländern zu etablieren. Nicht zu unterschätzen ist aber auch, wie sehr die internationale Arbeit durch die Präsentation deutscher und europäischer Systemansätze und die damit verbundene Reflexion über die besten Lösungswege auch den Blick auf das eigene System schärfen und Sichtweisen verändern kann.

Die Projektarbeit in den Partnerländern war stets darauf ausgerichtet, diese mit Fachwissen, Praxisbeispielen und intensivem Austausch auf ihrem eigenen Weg zu unterstützen. Dahinter stand stets die Überzeugung, dass ein belastbares und umfassendes System der Sozialen Sicherung unerlässlich für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und ein darauf fußendes stabiles nationales Wirtschaftssystem ist. Es ist im deutschen und europäischen Interesse, die Stabilisierung von Ländern mit sozio-ökonomischen Strukturschwächen über Europa hinaus weiterzuentwickeln, um einerseits mögliche Krisenherde frühzeitig einzudämmen, andererseits aber mit gestärkten Wirtschaftspartnern auch Weltwirtschaft und Welthandel zu befördern. Strategische Überlegungen von Seiten der GVG in Richtung einer Kombination von wirtschaftlicher Zusammenarbeit und Unterstützung in Aufbau und Stärkung sozialer Sicherungssysteme wurden – wie oben dargestellt – nicht aktiv umgesetzt. Sie stellen dennoch eine wichtige Wegmarke in der internationalen Arbeit dar und belegen eindrücklich, dass die Akteure innerhalb der GVG nicht auf punktuelle und kurzfristige Hilfen setzen, sondern langfristig und in Systemkategorien denken.

Damit haben die GVG und ihre Mitglieder nicht nur aus ihrer Überzeugung den Export des eigenen Sozialen Sicherungssystems vorangetrieben. Sie hat vor allem dazu beigetragen, die soziale Sicherung gerade für die schwächsten Gruppen in der Gesellschaft und damit auch die Lebensverhältnisse vieler Menschen in den Projektländern nachhaltig zu verbessern.

EUROPA, GESUNDHEIT UND PFLEGE, ALTERS- SICHERUNG, ARBEITSMARKT – GVG-DAUERTHEMEN

*Laura Knöpffler, Maria-Lucia Nikoloudi und David Voges,
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)*

Einleitung

Noch vor der Gründung der Bundesrepublik Deutschland wurde in den Gremien der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) begonnen, über die großen Systemfragen der Sozialversicherung zu diskutieren. Viele dieser Diskussionen werden auch nach 70 Jahren auf den verschiedenen Plattformen der GVG weitergeführt. Zentrale GVG-Themenfelder sind die Europäischen Union, Gesundheit und Pflege, Alterssicherung und Arbeitsmarkt. In diesen Bereichen hat sich die GVG aktiv an der Errichtung und Weiterentwicklung des Systems der sozialen Sicherung beteiligt. Die Arbeit und Themenfindung findet in den GVG-Ausschüssen, dem Präsidium und Vorstand statt.

In der 70 Jährigen Geschichte hat sich die GVG vieler verschiedener Veranstaltungs- und Publikationsformate bedient. Für die Zwecke der Mitgliedereinforation und Öffentlichkeitsarbeit der gemeinnützigen Gesellschaft, erwiesen sich der Informationsdienst sowie die GVG-Schriftenreihe am hilfreichsten. Der Informationsdienst sollte, so der damalige Vorsitzende Dr. Krohn, „weder fachliche Einzeldarstellungen bringen noch der Arbeit der Fachverbände vorgreifen, sondern Äußerungen, Betrachtungen und Berichte über Fragen der Versicherungsgestaltung, die alle Bezieher gleichermaßen interessieren, sammeln. Damit soll dem Versicherungsgedanken gedient und besonders die Entwicklung der Versicherung aus soziologischer Sicht beobachtet werden.“¹

1 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Europäisches Parlament und soziale Sicherung. Köln: 1979 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 1, Artikel 1].

Europa

Schon 1958 hat sich die GVG das erste Mal mit der Veranstaltung „Sozialpolitische Aufgaben der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft“ mit einem europäischen Thema befasst. Die Abwehr egalisierender Vereinheitlichungsbestrebungen aus Richtung der EWG Kommission war eine neue Aufgabe, die zugleich ihr angestammter alter Auftrag war, nämlich über die Gliederung und Freiheitlichkeit der Sozialversicherung und die Erhaltung der Privatversicherung zu wachen.² Die Positionen der GVG gegenüber der Europäischen Union lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Mitglieder der GVG unterstützten jeden Schritt einer tieferen Integration, wie die Osterweiterung und die Einführung der einheitlichen Währung. Sie versuchten dabei aktiv die notwendige Umsetzung und Koordinierung der Sozialsysteme voranzutreiben. Die rote Linie bei allen Aktivitäten der Europäischen Union wurde analog zur nationalen Sozialpolitik gezogen. Vereinheitlichungs- und Harmonisierungsbestrebungen, die die Grundprinzipien des deutschen Systems der sozialen Sicherung bedrohen, wurden von der GVG und ihren Mitgliedern abgelehnt.

Die Ablehnung der Harmonisierung sozialer Sicherungssysteme in Europa

Bereits 1979, verbunden mit der ersten Direktwahl des Europaparlaments, sprach sich die GVG dagegen aus, Vorschläge der Europäischen Kommission oder Parlamentstätigkeiten im Sinne der Harmonisierungen der nationalen Gesundheitssysteme anzunehmen. Vielmehr sah und sieht die GVG es auch heute als eines ihrer wichtigsten Ziele an, Tendenzen dieser Art vorsorglich und entschieden überall dort entgegenzutreten, wo die Gliederung des Systems gefährdet ist.

2 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Europäisches Parlament und soziale Sicherung. Köln: 1979 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 7, Artikel 121].

Dies spiegelt sich auch in der Mitgliederversammlung 1983 zum Memorandum der EG-Kommission wieder.³ Das Memorandum befasste sich mit derzeitigen Problemen der sozialen Sicherung. So wurde in dem Memorandum unter anderem dazu aufgerufen, die Systeme der sozialen Sicherung übersichtlicher zu gestalten. Die Harmonisierung der Systeme der Sozialversicherung sollte jedoch trotz gewichtiger gegenteiliger Äußerungen, laut Bundeskanzler Helmut Kohl und EG-Kommissar Alois Pfeiffer, nicht angestrebt werden. Stattdessen solle eine „Sozialpolitik mit europäischer Dimension“ ausgeübt werden. Die Zielsetzungen des Memorandums wurden übergreifend betrachtet und positiv bewertet. Das Vorhaben der Kommission wurde daraufhin überprüft, ob und wie die Systeme der sozialen Sicherung ihre Leistungsfähigkeit erhalten und verbessern können. Aufgrund der zu diesem Zeitpunkt hohen Arbeitslosigkeit in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft sowie wirtschaftlicher und finanzieller Schwierigkeiten, hielt es die GVG für relevant, auch zu prüfen, wie Menschen mit geringerem sozioökonomischen Status ausreichenden sozialen Schutz erhalten könnten.⁴

Ordnungspolitische Leitlinien und Eckwerte zum Sozialschutz in der Europäischen Union

Im Jahr 1990 erarbeitete der GVG-Ausschuss Europa unter dem Vorsitz von Frau Dr. Susanne Tiemann ordnungspolitische Leitlinien für die soziale Dimension des Europäischen Binnenmarktes. In dem Papier wurde betont, dass die ordnungspolitischen Prinzipien Solidarität und Subsidiarität, die Leitbilder freiheitlicher Systeme bleiben sollen. Zudem sollte das Versicherungsprinzip gestärkt werden und Mindeststandards das Schutzniveau nicht absenken dürfen.⁵

3 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gegen Vereinheitlichung – Mitgliederversammlung zu Memorandum der EG-Kommission „Probleme der sozialen Sicherung – einige Überlegungen“. Köln: 1983 [= Informationsdienst der GVG, Nr.8, Artikel 160].

4 Nr. 152 12/1982 II, Nr.160 12/1983 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Neues Memorandum der EG zur sozialen Sicherheit. Köln: 1982 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 8, Artikel 152].

5 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Leitlinien für ein soziales Europa. GVG-Ausschuss Europa. Köln: 1990 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 12, Artikel 217].

Die anhaltende Arbeitslosigkeit in der EU, dessen Höhepunkt 1994 mit 18,5 Millionen Arbeitslosen darstellte, führte dazu, dass die EG-Kommission 1994 das Weißbuch „Wachstum-Wettbewerbsfähigkeit-Beschäftigung“ zur Verbesserung des Arbeitsmarktes vorlegte. Gerade in Deutschland war nach der Wiedervereinigung und einer rasanten Deindustrialisierung eine „Umbruchsarbeitslosigkeit“ in den „neuen“ Ländern zu beobachten. Diese war durch massenhafte Entlastung von Arbeitskräften aufgrund mangelnder Rentabilität von Betrieben charakterisiert. In diesem Kontext nahm der Ausschuss Europa der GVG Stellung zu dem Weißbuch und veranstaltete im Oktober eine öffentliche Veranstaltung mit dem Titel: „Die soziale Dimension des Europäischen Binnenmarktes – Neue Weichenstellung in der deutschen Präsidentschaft?“. Gemäß der GVG musste eine Strategie für Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung die Mehrdimensionalität der Zielsetzung berücksichtigen. Unter sich verändernden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen sollte die EG Verantwortung dafür übernehmen, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Europäischen Gemeinschaft verbessert wird und gleichzeitig die soziale Sicherung der Bürger in hoher Qualität gewährleistet ist.⁶

Das 1996 im Ausschuss Europa konzipierte Eckwerte-Papier betonte, dass es weder politisch erwünscht, noch wirtschaftlich möglich ist, die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Das Papier sollte den an der sozialen Sicherung in Deutschland beteiligten Institutionen Orientierungspunkte hinsichtlich einer Weiterentwicklung des Sozialschutzes in der Europäischen Union aufzeigen und in die internationale Diskussion einbringen. Beschriebene Eckwerte umfassten die Stärkung des Versicherungsprinzips, die Definition von Gliederung und Spezialisierung als Organisationsprinzipien, die Etablierung der Selbstverwaltung als Stabilitätsfaktor, die Solidarität als Pfeiler der

6 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Stellungnahme des „EU“-Ausschusses der GVG zum Weißbuch der EG. Köln: 1994 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 14, Artikel 239].

sozialen Sicherung und die Freiheit der Leistungserbringer.⁷ Bei der Weiterentwicklung der Europäischen Union sollte laut dem GVG-Papier das Versicherungsprinzip, welches mit dem Solidaritätsprinzip sinnvoll kombiniert und wirksam gemacht werden kann, in der freiheitlichen Wirtschafts- und Sozialordnung der Europäischen Union eine herausragende Stellung erhalten.

Anlässlich der Einführung des Euro als Buchgeld im Jahr 1990 und der bevorstehenden Implementierung als Bargeld im Jahr 2002, veröffentlichte die GVG im Jahr 1999 ein Positionspapier zu den Auswirkungen des Euro auf die Systeme der sozialen Sicherung. Das Papier wurde vom Ausschuss Europa verabschiedet. Die GVG konstatierte, dass sich die Einführung des Euro wegen der damit verbundenen Intensivierung des Wettbewerbs, Kostenersparnis und den dadurch verbesserten Wachstums- und Beschäftigungschancen überwiegend positiv auf die Sozialpolitik in Deutschland und die deutschen Systeme der sozialen Sicherung auswirken wird.⁸

Unterstützung des Reformprozesses der Mittel- und Osteuropäischen Staaten

Einen anderen Bereich europäischer Sozialpolitik, den Reformprozess der mittel- und osteuropäischen Staaten im Bereich der sozialen Sicherung, begleitete die GVG stets aktiv⁹. Die Osterweiterung war auch der Startschuss für zahlreiche GVG Aktivitäten in der internationalen technischen Zusammenarbeit. Bereits 1992 und 1993 fanden große Veranstaltungen der GVG zu diesem Themenfeld statt. Im Juni 1998 wurden die Beitrittsverhandlungen der Kandidatenländer in Mittel- und Ost-

7 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Eckwertpapiere des „EU“- Ausschusses der GVG in deutscher und englischer. Köln: 1996 [= Informationsdienst der GVG, Nr.15, Artikel 254].

8 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Positionspapier zu den Auswirkungen des Euros auf die Systeme der sozialen Sicherung Verabschiedet vom GVG-Ausschuss „EU“. Köln: 1999 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 16, Artikel 267].

9 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Buch „Soziale Sicherung in West-, Mittel- und Osteuropa“. Köln: 1994 [= Informationsdienst der GVG, Nr.14, Artikel 239].

europa aufgenommen. Aus diesem Anlass führte die GVG eine öffentliche Tagung mit dem Ziel durch, den Prozess der Etablierung von Demokratie und Marktwirtschaft in den Reformstaaten zu unterstützen¹⁰. Dabei sollte insbesondere zu der Planung und Implementierung eines Systems der sozialen Sicherung beigetragen werden, welches sozialen Frieden bereitet und den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprach. Außerdem sollte es den Reformstaaten ermöglichen, das Niveau an sozialer Sicherung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, trotz erheblicher länderspezifischer Unterschiede, zu erreichen. Ein Jahr später wurde auch ein entsprechendes Positionspapier veröffentlicht, in dem der GVG-Ausschuss Ost-Europa betonte, dass die Fortsetzung der sozialpolitischen Zusammenarbeit mit den Reformstaaten prioritäres Ziel sein sollte¹¹. Die Kooperation sei nicht nur eine humanitäre Verpflichtung, sondern liege in unmittelbarem Interesse Deutschlands. Im folgenden Positionspapier 2001 wurde außerdem die Ost-Erweiterung der Europäischen Union aus politischer Perspektive analysiert mit dem Ergebnis, dass sie langfristig mehr Chancen als Risiken biete¹². Die GVG wollte den Prozess von Übergangsfristen bis zur Herstellung der vollen Freizügigkeit von Arbeitskräften unterstützen.

Stellungnahmen zur offenen Methode der Koordinierung, den Handlungsfeldern der Europäischen Kommission und der Europäischen Integration

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde die offene Methode der Koordinierung in der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik eingeführt. Die Europäische Gemeinschaft strebte mit der Methode an, die unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der

-
- 10 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Ost-Erweiterung der Europäischen Union- Voraussetzungen und Folgen für die Systeme der sozialen Sicherung. GVG-Veranstaltung am 16. Juni 1998. Köln: 1998 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 16, Artikel 266].
 - 11 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Positionspapier zur sozialpolitischen Zusammenarbeit mit den Reformstaaten Mittel- und Osteuropa. Verabschiedung vom GVG-Ausschuss „Ost-Europa“. Köln: 1999 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 16, Artikel 271].
 - 12 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Ost-Erweiterung der Europäischen Union- Arbeitnehmerfreizügigkeit und Übergangsfristen. Positionspapier des GVG-Ausschusses „Ost-Europa“. Köln: 2001 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 17, Artikel 279].

Europäischen Union auf ihrem Weg zu einer Konvergenz quantitativ und qualitativ zu unterstützen. Der GVG-Ausschuss Europa setzte eine Arbeitsgruppe ein, die unter dem Vorsitz von Dr. Franz Terwey, ein Papier veröffentlichte, welches im Mai 2001 verabschiedet wurde. Ziel des Papiers war es, die „Akteure in Politik, Wirtschaft und Verwaltung allgemein über Chancen und Risiken der offenen Koordinierungsmethode zu informieren und sie für eine aktive, subsidiäre Flankierung der hier eingeleiteten Prozesse zu sensibilisieren“.¹³

Die Stellungnahme der GVG zur Mitteilung der Europäischen Kommission zur Ausweitung der offenen Methode der Koordinierung aus dem Jahr 2004 stand exemplarisch für die Haltung der GVG bezüglich der europäischen Integration.¹⁴ Sie bewertete die Ausweitung der Methode der offenen Koordinierung auf den Bereich der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege sowie die Fortführung des „Streamlining“-Prozesses positiv, wenn dies zu einer Stärkung des Sozialschutzbereiches führe und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialpolitischen, fiskalischen und beschäftigungspolitischen Aspekten der Systembewertung sicherstelle. Die Organisation der Gesundheitssysteme lag nach Meinung der GVG in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Daher sollten bei der Etablierung der Offenen Methode der Koordinierung in der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege die jeweiligen nationalen Akteure in den Prozess der Zielentwicklung und Indikatorenbildung einbezogen werden. Weiter war bei der Auswahl der Indikatoren den Besonderheiten der nationalen, historisch gewachsenen Systeme Rechnung zu tragen.

13 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Methode der offenen Koordinierung in der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik: Prozessgesteuerte Konvergenz der Sozialsysteme durch Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Indikatoren. Papier zur EU-Politik des GVG-Ausschusses „EU“. Köln: 2001 [= Informationsdienst der GVG, Nr.17, Artikel 281].

14 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Stellungnahme zur Mitteilung der Europäischen Kommission vom 20. April 2004, KOM (2004) 301 endg., insbesondere: Europäische Referenzzentren, Evaluierung von Gesundheitstechnologie, Gemeinsame Nutzung freier Kapazitäten und grenzübergreifende Versorgung de/eng. Köln: 2005 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 20, Artikel 305].

Der Bereich der Umsetzung und Koordinierung der Gesundheitspolitik wurde durch eine Mitteilung der Europäischen Kommission im Jahr 2005 diskutiert. Auch die GVG beteiligte sich an diesem Prozess mit einer Stellungnahme und einer Konferenz¹⁵. Schwerpunkte waren hier Europäische Referenzzentren, die Evaluierung von Gesundheitstechnologie, Gemeinsame Nutzung freier Kapazitäten und grenzübergreifende Versorgung. Die GVG stimmte der Kommission zu, dass die Mitgliedstaaten nun vor einer Herausforderung bei der Umsetzung der gemeinsamen Grundsätze Universalität, Solidarität und Gleichheit stehen. Für Lösungen sei verstärkte, zielgerichtete europäische Zusammenarbeit nötig. Die stärkere Zusammenarbeit führe zu Verbesserungen für Patienten, Leistungserbringer, Beitragszahler und Finanzträger. Die Rechtsprechung des EuGH schaffe erweiterte Möglichkeiten, diese sollten jedoch konkretisiert und durch politische Maßnahmen gefördert und umgesetzt werden. Das GVG-Euroforum bot eine weitere Plattform um unter der Fragestellung: „Sozial- und Gesundheitspolitik in Europa-Quo Vadis?“ die Vorhaben der Kommission noch einmal persönlich zu diskutieren. Die Ausschussvorsitzende, Frau Dr. Tiemann, berief sich in diesem Zusammenhang darauf, das Ziel der Friedenssicherung in Europa nicht aus den Augen zu verlieren. Die Diskussion über die Ziele der Sozialpolitik, der Ausgestaltung des Sozialstaats und einer sozialen Marktwirtschaft sowie der Verteilung des Gleichgewichts von Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik, sei nötig und solle transparent sein, um eine Europäische Integration zu erreichen.

Die Einführung des Vertrages von Lissabon am 1. Dezember 2009 stärkte die Demokratie und den Grundrechtsschutz durch die Erweiterung der Befugnisse des Europäischen Parlaments, durch die direkte Einbindung der nationalen Parlamente in den europäischen Gesetzgebungsprozess, durch die Einführung einer Europäischen Bürgerinitiative und durch die Grundrechtecharta, die nunmehr rechtsverbind-

¹⁵ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Sozial- und Gesundheitspolitik in Europa-Quo Vadis? GVG-Euroforum 2005. Köln: 2005 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 20, Artikel 308].

lich wurde¹⁶. In dem Kontext beschrieb die GVG erneut, dass der Konflikt zwischen der Stärkung der Europäischen Ebene im Bereich der Sozialpolitik auf der einen Seite und den Kompetenzen der nationalen Ebene auf der anderen Seite, weiterhin bestehe. Auch im Vertrag von Lissabon sei es nicht gelungen, diesen Konflikt zu lösen und die Kompetenzverteilung zu schärfen. Allerdings sei die Europäische Integration als Prozess zu verstehen, der nicht abgeschlossen und dessen Abschluss auch nicht vorhersehbar sei. Es bestehe weiter großer Bedarf nach Transparenz und der Klärung der Kompetenzfrage. Der soziale Dialog sei hierbei von besonderer Bedeutung.

Gesundheit und Pflege

Eines der wichtigsten Ziele der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ist die Sicherstellung einer angemessenen und qualitätsgesicherten, nachhaltig finanzierten, gesundheitlichen Versorgung. In diesem Bereich beschäftigte sich die GVG mit Sektoren übergreifenden und langfristigen Fragestellungen zu Finanzierungsstrukturen in der Krankenkasse und im Krankenhaus sowie mit der Neuregelung und Verbesserung der Pflege und Telematik im Gesundheitswesen. Gesundheit und Pflege zeichnet sich als wichtiges und sich stets wandelndes Handlungsfeld aus, das auch in Zukunft von großer Bedeutung für die GVG sein wird.

Kostendämpfung in der Krankenversicherung und Reform der Kostenexplosion im Krankenhaus sowie des Arzneimittelmarktes

Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz trat 1977 in Kraft. Der Gesetzgeber war in der Phase der strukturkonservierenden Kostendämpfungspolitik darum bemüht, seine Ziele primär durch die Einbindung der Verbände der Krankenkassen, die durch eine Zentralisierung und Vereinheitlichung ihrer Verhandlungsposition gestärkt waren

16 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Sozialpolitik im Kontext des Lissabon-Vertrages. Köln: 2009 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 22, Artikel 327].

sowie durch die Einbindung der Verbände der Leistungserbringer zu erreichen. Die GVG beschäftigte sich außerdem, während ihrer Mitgliederversammlung am 28. November 1978, mit der Frage, wie sich das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz auf die Gliederung der Krankenversicherung auswirkt. So wurde unter anderem die Eignung des Gesetzes im Hinblick auf den Kosteneinsparungseffekt in Zweifel gezogen, zum anderen schädliche Einflüsse auf das gewachsene System der gegliederten Krankenversicherung befürchtet. Prof. Dr. Schnapp betonte hierzu, dass sich bei der Aufrechterhaltung der formal-organisatorischen Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung die materiell-rechtlichen Aspekte in Richtung Uniformierung und Konzentration bereits entscheidend verändert hätten.¹⁷

Anfang der 80er Jahre rückte zudem die Kostendämpfung in der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Fokus des sozialpolitischen Interesses. Die Ausgaben in der PKV stiegen zu diesem Zeitpunkt deutlich schneller als die Einkommen, die Lebenshaltungskosten und das Sozialprodukt. Die Belastungsgrenze der Versicherten war jedoch erreicht. Die GVG bekräftigte, dass die Diskussion mit den Leistungserbringern daher verstärkt werden muss. Die Tarifpolitik sollte ebenfalls verstärkt auf die Kostendämpfung eingestellt werden. Darüber hinaus sollten Unternehmen mehr Anträge auf entsprechende Versicherungsleistungen prüfen.¹⁸

17 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Auswirkungen des Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetzes auf die Gliederung der Krankenversicherung (Referat von Prof. Dr. Friedrich Schnapp und Diskussion am 28.11.1978). Köln: 1978 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 117].

18 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Auswirkungen des Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetzes auf die Gliederung der Krankenversicherung (Referat von Prof. Dr. Friedrich Schnapp und Diskussion am 28.11.1978). Köln: 1978 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 117].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Zur Diskussion über einen allgemeinen Finanzausgleich in der Krankenversicherung. Köln: 1979 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 126].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Selbstverwaltung im Spannungsfeld der künftigen Sozialpolitik (Vortragsveranstaltung am 6.5.1980 in Bonn-Bad Godesberg. Köln: 1980 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 132].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Kostendämpfung in der PKV. Köln: 1981 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 142].

Der Datenschutz im Gesundheits- und Versicherungswesen wurde in den 80er Jahren zum ersten Mal thematisiert und beschäftigt die GVG noch heute. Die Diskussion wurde angeregt durch die zunehmend maschinelle und elektronische Speicherung und Verarbeitung großer Datensätze der Sozialversicherungen. Auf der Arbeitstagung der GVG merkte Herr Dr. Schlögell an, dass das Sammeln von Daten eher eine Leistung als eine Gefahr darstellt. Daten werden demnach erst gefährlich, wenn sie in einer zweckentfremdeten Weise verwandt werden. Dabei sollte niemand versuchen, auf dem Gebiet der Datenverwendung mehr zu expandieren, als es dem angestrebten Zweck im Interesse des jeweiligen Bürgers entspricht. Zudem müssen im Bereich des Datenschutzes bereichsspezifische Lösungen angestrebt werden. Wenn Freiheit nicht mit Zügellosigkeit gleichgesetzt wird, wäre ein Datenschutz in Freiheit und Selbstbeschränkung möglich, würde allerdings den Konsens aller an dem Verfahren Beteiligter voraussetzen.¹⁹

Weitere relevante Aspekte waren in den 80er Jahren im Bereich Gesundheit und Pflege die Auswirkungen des Bevölkerungsrückgangs auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Kostenexplosion im Krankenhaus mit Möglichkeiten der Reform. Hier sollten Maßnahmen zur Förderung ambulanter Versorgung im bundesdeutschen Gesundheitswesen getroffen werden, um Krankenhausaufenthalte bei Behandlungsfällen vermehrt zu vermeiden. Auch das Problem steigender Ärzteschaften wurde von der GVG berücksichtigt. Sie sprach sich dafür aus, Kapazitätsregelungen zu reformieren und die kassenärztliche Bedarfsplanung umzuorientieren.²⁰

19 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Datenschutz im Gesundheits- und Versicherungswesen (Arbeitstagung am 23.09.1980 in Berlin). Köln: 1980 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 135].

20 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Auswirkungen eines Bevölkerungsrückgangs auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Köln: 1983 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 159].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Kostenexplosion im Krankenhaus- Möglichkeiten der Reform. Gesellschaft tagte in Bonn. Köln: 1983 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 160].

Neuregelung des Risikos Pflege und die obligatorische Pflegeversicherung

Aufgrund der finanziellen Engpässe der Sozialversicherungsträger und der insgesamt steigenden Ausgaben für Sozialhilfe von 3,3 Milliarden Deutsche Mark (DM) 1970 auf mehr als 16,3 Milliarden DM im Jahr 1982, wurde von Kommunen und Gemeinden gefordert, das Risiko der Pflegebedürftigkeit in Form einer versicherungstechnischen Abdeckung nachhaltiger zu gestalten. Begründet wurde die Forderung nach einer Pflegeversicherung durch die Prognose einer zehn-prozentigen Kostensteigerung pro Jahr, falls das Pflegerisiko nicht ausgegrenzt würde. Das Themenfeld Pflege wurde vom Präsidium der GVG am 14. April 1983 in einem Diskussionsbeitrag zur damals aktuellen Diskussion über die Neuregelung des Risikos der „Pflege“ behandelt. Nach Meinung der GVG sollte in Zukunft unter anderem mehr Berücksichtigung finden, dass die Möglichkeit der Eigenversorgung auch für das Risiko Pflege durch entsprechende Gestaltung, wie z.B. steuerliche Rahmenbedingungen, verbessert werden muss. Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip sollte die Selbsthilfe innerhalb der Familie in allen denjenigen Fällen der Vorrang verbleiben, in denen gesundheitliche und häusliche Verhältnisse eine Pflege zu Hause erlauben. Bei der Neuregelung der Pflege müsse an dem Grundsatz festgehalten werden, dass öffentliche Hilfe erst dann in Anspruch genommen werden kann, wenn die Eigenverantwortung nicht mehr ausreicht. Kein Träger, der zur bisherigen Finanzierung der Pflege beigetragen hatte, sollte aus seiner Verantwortung entlassen werden.²¹

Im Jahr 1986 wurde erneut eine Erklärung der GVG zu den Vorschlägen einer obligatorischen Pflegeversicherung abgegeben. Der Ausschuss Pflege hatte diese verabschiedet und gewichtige ordnungs- und finanzpolitische Einwände erhoben. Die größte Zustimmung unter den Konzepten zur Neuordnung der Pflegeproblematik erlangte der „Entwurf eines Pflegehilfen-Neuregelungsgesetzes“ des Landes Rheinland-Pfalz.

21 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Zur Frage der Abdeckung des Risikos der „Pflege alter Menschen“. Köln: 1983 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 156].

Darüber hinaus wurden in einem weiteren Papier des Ausschusses vor- dringliche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger diskutiert. Der Vorsitzende des Ausschusses Pflege war bis zum Jahr 1996 Herr Thomas Ruf. Im Jahr 1993 dehnte der Ausschuss Pflege seine Arbeit auf Fragen der Rehabilitation aus.²²

Zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bezog die GVG auch 2003 Stellung und bekannte sich ausdrücklich zu der sozialpolitischen Werteentscheidung, das Pflegerisiko und seine Vermeidung über verschiedene Verantwortungsträger abzusichern. Sie stellte jedoch auch Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der Verzahnung pflegerischer, rehabilitativer und präventiver Interventionen und der Stärkung der ambulanten Pflege fest. Der Ausschuss Pflege tagte von 1997 bis 2007 unter dem Vorsitz von Herrn Dr. Eckhard Fiedler. Dieser trug mit seinem Vorsitz zu einer institutionsübergreifenden und zielgerichteten Zusammenarbeit im Bereich Rehabilitation und Pflege bei und brachte „wichtige Fragestellungen zur Rehabilitation im Umbruch und der Zukunft der Rehabilitation sowie zur Pflegeversicherung in zahlreichen Sitzungen des Ausschusses, in Veranstaltungen und Stellungnahmen“ voran.²³

Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen

Unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell verabschiedete der GVG-Ausschuss „Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ 1990 ein Papier zur Organisationsreform in der Krankenversicherung. Grundprinzipien des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung waren: Solidarität, gegliederte Ordnung, Sachleistungssystem und Selbstverwaltung. Entsprechend der Aufgabenstellung der GVG kam dem Prinzip der Gliederung eine besondere Bedeutung zu. Dieses

22 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG zu den Vorschlägen nach Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung. Köln: 1986 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 187].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Das Rheinland-Pfälzische Pflegehilfen-Neuregelungsgesetz. Köln: 1986 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 187].

23 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Stellungnahme der GVG. Köln: 2003 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 295].

Prinzip war nach Meinung der GVG ein ausschlaggebender Bestandteil der deutschen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Die Bedeutung der Grundprinzipien für die soziale Ordnung musste auch im Hinblick auf die Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes und mögliche innerdeutsche Entwicklungen gesehen werden. Herr Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell leitete den Ausschuss in den Jahren 1986 bis 1990. Er hat als Vorsitzender „die Entwicklung des Rentenrechts sowie des Sozialversicherungsrechts durch zahlreiche Stellungnahmen, Gutachten, durch seine Arbeit in verschiedenen Sachverständigenkommissionen und durch eine Vielzahl persönlicher Gespräche nicht nur begleitet, sondern auch mit geprägt“.²⁴ In den Jahren 1991 bis 1999 übernahm Herr Dr. Klaus-Dirk Henke den Vorsitz des Ausschusses Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Zum Ende dieses Zeitraumes wurde der Ausschuss als „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“ weitergeführt. Parallel entstand der Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“, der im Folgenden vorgestellt wird. Von 2000 bis 2016 war Herr Prof. Dr. Eberhard Wille Vorsitzender des Ausschusses „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“ und leistete einen wertvollen und einflussreichen Beitrag zur Fortsetzung der Arbeit des Ausschusses.

In der Vergangenheit war die Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens fast ausschließlich ökonomisch orientiert. Demgegenüber standen Versorgungsgesichtspunkte, die medizinische Orientierung stand im Hintergrund. Die einseitige Orientierung wurde – trotz oder auch wegen der begrenzten finanziellen Mittel – zunehmend als Defizit empfunden. Dieser Befund war Ausgangspunkt für die GVG 1977 eine Arbeitsgruppe „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ ins Leben zu rufen, die unter dem Vorsitz von Herrn Dr. Rainer Hess arbeitete. Seit der Gründung war der pluralistisch zusammengesetzte Ausschuss außerordentlich aktiv.

24 26.07.1999 Rede Herr Dr. Rische, wissenschaftliches Kolloquium aus Anlass des 65. Geburtstages von Herrn Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell.

Die GVG hat sich dem schwierigen Problemkomplex der Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung unter anderem mit einer Tagung im Jahr 1996 angenommen. Im Einleitungsreferat von Prof. Dr. Dr. Michael Arnold wurde deutlich, dass die Priorität Notwendigkeiten zu setzen besteht und in diesem Prozess Kriterien zur Einsetzung der Prioritäten angewendet werden sollten. Außerdem wurden die Kostenträger aufgefördert, zugunsten einer höheren Effizienz bestimmte Leistungen auch zu verweigern. Leistungserbringern wurde empfohlen, aus dem Leistungsverzicht folgende Einkommensverluste hinzunehmen. Auch bei den Versicherten müsse ein Umdenken einsetzen. Die Medizin stehe nicht für alle Wechselfälle des Lebens bereit. Von den Politikern wurde erwartet, von der Vorstellung solidarisch finanzierter perfekter Umstände Abschied zu nehmen.²⁵ 1999 wurden die Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen entwickelt. Die Geschichte und Aufgabe des sich daraus entwickelnden Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* werden ausführlich in einem eigenen Kapitel besprochen.²⁶

Die Versorgungsqualität war in den 90er Jahren in den Mittelpunkt des Interesses der Akteure im Gesundheitswesen gerückt. Dabei waren alle gefordert: Leistungserbringer, Kassen und nicht zuletzt auch die Patienten. Für die GVG war die Qualität der medizinischen Versorgung eines der Kammerthemen, die für die Mitgliedseinrichtungen gleichermaßen relevant war, auch für die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung. Eine Veranstaltung am 9. November

25 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Prioritäten in der medizinischen Versorgung. Veranstaltung der GVG am 29. Oktober 1996. Köln: 1996 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 255].

26 ⁸ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Konstituierende Sitzung der GVG-Arbeitsgruppe „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ am 25. November 1997. Köln: 1998 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 263].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen. Arbeitspapier des GVG Ausschusses „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen. GVG-Veranstaltung am 21. Oktober 1998. Köln: 1999 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 268].

1999 wurde daher unter dem Titel: „Gesundheitsreform 2000 – Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung“ durchgeführt.²⁷

Schließlich thematisierte die GVG schon 1995 im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung das noch heute hochaktuelle Thema „Umbau des Sozialstaats – Ein Weg versicherungsfremde Leistungen sachgerecht finanzieren“. Dabei sprach sie sich dafür aus, bei der Diskussionslinie um den „Umbau des Sozialstaats“ nicht die Belastungen aus dem Auge zu verlieren, die der Sozialversicherung dadurch entstehen, dass sie gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernehmen und diese über Beiträge finanzieren muss, die aus ordnungspolitischer Sicht in die Finanzierungsverantwortung der öffentlichen Haushalte fallen.²⁸

Alterssicherung

Die Alterssicherung ist seit Gründung der GVG das zweite große Kernthema ihrer Arbeit – nicht zuletzt auch durch den Einfluss der langjährigen GVG-Vorsitzenden Helmut Kaltenbach und Dr. Herbert Rische. Der Ausschuss Alterssicherung ist ein Forum des offenen sachlichen Meinungs- und Informationsaustausches, welches durch die Beteiligung der relevanten Akteure der gesetzlichen Rentenversicherung, der betrieblichen Altersversorgung und der privaten Vorsorge sowie der Sozialpartner und Wissenschaft von einem einzigartigen Sachverstand geprägt ist.

Reform der Rente: Versorgungsausgleich, Strukturreformen und das Drei-Säulen-System

Anfang der 80er Jahre wurde die bevorstehende Rentenreform kontrovers diskutiert. Unter Leitung von Professor Heubeck konstituierte sich

27 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gesundheitsreform 2000- Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. GVG-Veranstaltung am 09.November 1999. Köln: 1990 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 272].

28 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Versicherungsfremde Leistungen sachgerecht finanzieren. GVG-Tagung vom 16.Mai 1995. Köln: 1995 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 246].

schon 1979 ein Ausschuss „Rentenreform 84“. ²⁹ Ziel der Reform sollte primär die Gleichstellung der Geschlechter in der Rentenversicherung sein. Daneben bestand jedoch Einigkeit darüber, dass eine Neuordnung der sozialen Sicherung der Frau zum Ausbau eigener Sicherungsansprüche für Alter und Invalidität erreicht und im Hinblick auf Beitragsäquivalenz soziale Ungleichheiten reduziert werden sollten. Dabei sah die Einführung der Teilhaberente vor, dass der Überlebende von zwei Ehepartnern 60 bis 70 Prozent der von beiden Partnern gemeinsam erhaltenen Rentenansprüche bekommen, mindestens aber seinen eigenen Rentenanspruch behalten könnte. ³⁰ Im Hinblick darauf vertrat die GVG die Auffassung, dass mit der Reform der Rentenversicherung nicht neue finanzielle Belastungen auferlegt werden dürften und deshalb alle Reformüberlegungen hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen genau geprüft werden müssten. Herr Helmut Kaltenbach, damaliger BfA-Direktor und später langjähriger Vorsitzender der GVG, stellte auf einer Tagung im Jahr 1983 ein konkretes Modell zur Teilhaberente vor, für das sich alle GVG Mitglieder, insbesondere wegen der angestrebten Kostenneutralität der Reform für die Rentenversicherung, aussprachen. ³¹

In Kooperation mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger führte die Gesellschaft vom 10. bis 12. Juni 1985 in Köln eine Tagung zum Thema: „Reform oder Korrektur des Versorgungsausgleichs in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der betrieblichen Altersversorgung und in der Privatversicherung“ durch. ³² Die weitgehend übereinstimmende Einschätzung der Tagungsteilnehmer war, dass das derzei-

29 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die voraussichtlichen Auswirkungen der 84er Reform auf die Finanzentwicklung der gegenwärtigen Sicht. Referat von Direktor Horst-Wolf Müller, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt. Köln: 1982 [Informationsdienst der GVG, Nr. 8, Artikel 148].

30 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Rentenversicherung nach Konkursgrundsätzen. Vortrag von RA Dr. Wolfgang Philipp, Mannheim. Köln: 1982 [= Informationsdienst der GVG, Nr.8, Artikel 147].

31 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gesellschaft tagt zur Rentenreform „84“. Köln: 1983 [= Informationsdienst der GVG, Nr.8, Artikel 157].

32 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Der Versorgungsausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung. Köln: 1985 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 9, Artikel 175].

tige Recht des Versorgungsausgleichs zwar schwerwiegende Mängel aufweise, dass es zu deren Beseitigung, soweit dies in diesem komplexen Rechtsgebiet überhaupt vollständig und zufriedenstellend möglich sei, jedoch keiner grundsätzlichen Reform bedürfe. Eine Korrektur allerdings sei dringend notwendig. Im gleichen Jahr fand eine entsprechende GVG-Mitgliederversammlung zum Thema der Sicherung eines altersgemäßen Lebensstils statt. Im öffentlichen Teil hielt Bundesminister Dr. Norbert Blüm einen Vortrag, in dem er betonte, dass ein altersgemäßer Lebensstil nur durch das Zusammenwirken der gesetzlichen Rentenversicherung, der betrieblichen Altersversorgung und der privaten Vorsorge sichergestellt werden könne. Das Rentenniveau müsse stabilisiert und die betriebliche Alterssicherung aus der Stagnation herausgeführt werden. Dieses für die Zeit deutliche Bekenntnis zum „Drei-Säulen-System“ war tiefe Überzeugung der GVG-Mitglieder, jedoch kein Dogma, das nicht wissenschaftlich Hinterfragt werden dürfe. In einer Studie für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde 1987 ebendieses getan und die Finanzierungsverfahren der unterschiedlichen Säulen genauer untersucht.³³

Die Diskussion um die Finanzierung der Altersversicherung durch Umlage- und Kapitaldeckung wurde 1997 erneut von der GVG in einer Stellungnahme aufgegriffen³⁴. Dabei sprach sich die GVG für eine Beibehaltung des Drei-Säulen-Systems aus, bei dem die umlagefinanzierte gesetzliche Rentenversicherung auch in Zukunft als Regelsicherungssystem das mit Abstand größte Gewicht behalten muss. Aus volkswirtschaftlichen Gründen (Investitionskapital) sowie auch aus allgemeinen gesellschaftspolitischen Gründen (Eigenverantwortung und individuelle Bedürfnisbefriedigung) sprach vieles dafür, dass der Anteil der kapitalgedeckten Alterssicherungssysteme vergrößert werden solle, ohne dass die umlagefinanzierten Systeme dadurch beeinträchtigt würden.

33 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten für eine Veränderung des Rentenzugangsalters, Köln 1987 [ID 10, Nr.193].

34 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Papier „Altersversicherung: Finanzierung durch Umlage und Kapitaldeckung. Köln: 1997 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 15, Artikel 257].

Ein solches Drei-Säulen-System sollte von der Politik gefördert und in das Bewusstsein der Bevölkerung verankert werden.

Die immer wieder angestellten Renditevergleiche für verschiedene Formen der Altersvorsorge, veranlassten die GVG abermals im Jahr 1999 sich in ihrem Ausschuss Alterssicherung mit der Frage auseinanderzusetzen, was Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung auszeichnet und welcher Stellenwert in diesem Kontext Rentabilitätsvergleichen zukommt. Die GVG gab in diesem Zusammenhang eine Studie in Auftrag, die sich zum einen mit dem Stellenwert der Rentabilität von Maßnahmen der Altersvorsorge im Hinblick auf individuelle und sozialpolitische Ziele befasste. Zum anderen stellte sie dar, in welcher Weise das Ergebnis von Rentabilitätsberechnungen von bestimmten Annahmen und Methoden beeinflusst wurde.³⁵

2009 stellten sich aufgrund der internationalen Wirtschafts- und Finanzkrise Fragen bezüglich der Auswirkungen auf die Alterssicherung. Wie krisenfest ist die Alterssicherung in Deutschland? Wie fest stehen die einzelnen Säulen des Alterssicherungssystems? Wie steht Deutschland im internationalen Vergleich da und weshalb ist Deutschland in vergleichsweise geringem Maße von der Krise betroffen? Die GVG führte mit dem Ausschuss Alterssicherung im Juni einen Workshop durch, um diese Fragen zu diskutieren. Unter Mitwirkung von Referentinnen und Referenten aus Deutschland, den Niederlanden und Polen sowie der OECD analysierten Fachleute aller Alterssicherungssysteme in Deutschland gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber und der Gewerkschaften mögliche Auswirkungen der Krise für alle Systeme und diskutierten Strategien im In- und Ausland. Das „Drei-Säulen-System“ erwies sich in den Augen der

35 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung. Köln: 1999 [= Informationsdienst der GVG, Nr.16, Artikel 269].

Experten als wichtiger Faktor um die Risiken zu diversifizieren und eine nachhaltige Stabilität des Systems zu gewährleisten.³⁶

Soziale Verantwortung und Selbstverwaltung

Unter Leitung von Prof. Dr. Winfried Schmähl wurden im Ausschuss in den späten 80er Jahren Themen wie Altersarmut und geringfügige Beschäftigung aufgegriffen, die auch noch heute breit debattiert werden³⁷. Im Zuge der Diskussion um die Idee einer Grundrente in der sich im Wandel befindenden deutschen politischen Öffentlichkeit Anfang der 80er Jahre, erstellte der GVG- Ausschuss einen Argumentationsdienst zur Grundrente mit dem Titel „Strukturreform in der Rentenversicherung“.³⁸ Die Umstellung des Systems der gesetzlichen Rentenversicherung hin zu einer Grundrente konnte nach Erachten der GVG nicht der richtige Weg sein, die auf das Alterssicherungssystem zukommenden Probleme, insbesondere das der ungünstigen demographischen Entwicklung, zu bewältigen. Sie stehe im direkten Widerspruch zum Versicherungsprinzip und zum Leistungsgedanken und erhöhe den Einfluss des Staates in nicht vertretbarer Weise. Der GVG- Ausschuss Alterssicherung verabschiedete ein Diskussionspapier zum Thema Beitragsfreiheit geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse in der Sozialversicherung. Die GVG beschrieb in diesem Papier keine endgültigen Aussagen treffen zu können. Sie wolle jedoch mit dem Aufzeigen der um die Geringfügigkeitsgrenze zu berücksichtigenden Probleme zu der notwendigen, differenzierten Diskussion beitragen.³⁹

Im Rahmen des öffentlichen Teils ihrer Mitgliederversammlung, veranstaltete die GVG am 28. Oktober 1993 eine Tagung zu dem Thema:

36 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Alterssicherung. Köln: 2009 [= Informationsdienst der GVG, Nr.22, Artikel 328].

37 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Ausschuss Alterssicherung. Köln: 1988 [= Informationsdienst der GVG, Nr.11, Artikel 207].

38 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): GVG-Argumentationsdienst zur Grundrente. Köln: 1986 [= Informationsdienst der GVG, Nr.10, Artikel 181].

39 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Alternativen zur Rentenfinanzierung Lohnbezogene Beiträge, Wertschöpfungsausgaben, Steuern-Grundsätzliches und Aktuelles. Köln: 1986 [= Informationsdienst der GVG, Nr.10, Artikel 191].

„40 Jahre Selbstverwaltung in der sozialen Sicherung – Modell für die Zukunft?“. Diskutiert wurden auf Basis der Entwicklung der gemeinsamen Selbstverwaltung mögliche Anknüpfungspunkte an die bisher erreichten Ziele sowie Möglichkeiten zur Weiterentwicklung. Am Beispiel der Rentenversicherung wurde als gutes Beispiel die Zusammenarbeit der Sozialpartner bei der Rentenreform 1989, bei dem Renten-Überleitungsgesetz und dessen Ergänzung dargestellt⁴⁰. Auch in Zukunft sollten bei der Entwicklung der Sozialversicherungszweige und der Selbstverwaltung bisher berücksichtigte Leitlinien verfolgt werden. Sehr deutlich wurde während dieser Tagung die Gefahr, dass Politik und Ministerialbürokratie den Einflussbereich der Selbstverwaltung zunehmend einnehmen. Einig waren sich die Tagungsteilnehmer in der Forderung an den Gesetzgeber, der Selbstverwaltung mehr Raum für eigenverantwortliches Handeln zu geben.

Nachhaltigkeit und Vorsorgeinformation

Die Rentenreform 2004 bedeutete weitere Einschnitte für die Versicherten durch den sogenannten Nachhaltigkeitsfaktor in der Rentenformel. Dabei sollte das zahlenmäßige Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern berücksichtigt und im Falle einer steigenden Rentnerzahl im Vergleich zur Erwerbstätigenzahl, der Anstieg der Renten gebremst werden. Ausgehend von der damaligen Diskussion, hielt im Jahr 2004 Herr Prof. Dr. Bert Rürup auf der Mitgliederversammlung der GVG einen Vortrag zu dem Thema: „Nachhaltige Sozialpolitik im alternden Deutschland“.⁴¹ Professor Rürup betonte, dass sich der Altenquotient in den nächsten 30 Jahren verdoppeln werde. Alterung erfordere höhere Produktivität. Den Produktivitätstrend anzuheben könne über die Bildungspolitik erreicht werden, aber auch darüber, dass die Kapitalintensität der Produktion erhöht werde. Alternde Gesellschaften

40 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Funktion und Tradition sozialer Selbstverwaltung am Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung. Köln: 1986 [= Informationsdienst der GVG, Nr.10, Artikel 181].

41 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Nachhaltige Sozialpolitik im alternden Deutschland. Vortrag von Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup. Öffentlicher Teil der GVG-Mitgliederversammlung am 26. November 2003 in Berlin. Köln: 2004 [= Informationsdienst der GVG, Nr.19, Artikel 297].

würden, um die Produktivitätserfordernisse zu erfüllen, kapitalintensivere Produktionsstrukturen benötigen. Eine Erhöhung der Altersgrenze sei wichtig, um die Beitragssatzentwicklung zu dämpfen und um das Rentenniveau zu stabilisieren. Die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme werde auch durch Reformen hergestellt. Aber diese nachhaltige Sozialpolitik müsse, solle sie wirklich in der langen Frist zielführend sein, durch eine entsprechende Bildungspolitik und Familienpolitik flankiert werden.

Der Ausschuss Alterssicherung verabschiedete im Juni 2004 ein Papier, in dem die GVG-Mitglieder Stand und Perspektiven einer verbesserten Vorsorgeinformation in allen drei Säulen der Alterssicherung untersuchten und konkrete Gestaltungsoptionen für vergleichbare Vorsorgeinformationen erörterten.⁴² Die GVG sprach sich dafür aus, die Vorsorgeinformationen so früh wie möglich zu erstellen. Darüber hinaus hielt es die GVG für sinnvoll weitere gemeinsame Anknüpfungspunkte in den jeweiligen trägerbezogenen Vorsorgeinformationen zu schaffen, die es den Versicherten erleichterten, einen Überblick über Einkünfte im Alter aus den unterschiedlichen Systemen zu erlangen und die Informationen besser vergleichen zu können. Auch befürwortete die GVG, dass die praktischen Möglichkeiten einer zusätzlichen gemeinsamen Informationsbereitstellung über Leistungen der einzelnen Träger baldmöglichst genauer untersucht werden sollten. Lösungsvorschläge zum komplexen Problem der vergleichbaren Vorsorgeinformation wurden dann erneut in den Jahren 2012 bis 2015 innerhalb der GVG von einer Arbeitsgruppe aller beteiligten Akteure diskutiert.

Arbeitsmarkt

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt war für alle GVG-Mitglieder schon immer von übergreifender Relevanz. In Sitzungen und Publikationen befasste sich die GVG mit den Rahmenbedingungen von Beschäf-

⁴² Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Perspektiven einer verbesserten Vorsorgeinformation in der Alterssicherung. Köln: 2004 [= Informationsdienst der GVG, Nr.19, Artikel 299].

tigungsverhältnissen, Finanzierungsmethoden der Sozialversicherung und der Sicherstellung von finanzieller Versorgung bei Erwerbs- und Berufsunfähigkeit. Die Notwendigkeit der Koordinierung und Zusammenarbeit der Akteure der verschiedenen Sozialversicherungszweige wurde vor allem durch die Herausforderungen des demographischen Wandels und der Arbeitskräftesicherung deutlich. Erfolgreiche Konzepte der Inklusion, Prävention und Rehabilitation erforderten eine ganzheitliche Strategie, die die Sektoren und Trägergrenzen überwindet.

Die Erwerbsfähigkeit absichern

Im Rahmen der konjunkturellen Abschwungphase 1981 zeigten sich Entwicklungstendenzen, die die Vergrößerung der „Schere“ auf dem Arbeitsmarkt mit einer Zunahme an Arbeitslosigkeit und den damit verbundenen zusätzlichen Arbeitsmarktproblemen für Randgruppen prognostizierten. 1981 organisierte die GVG in diesem Zusammenhang eine Arbeitstagung unter dem Titel: „Erwerbsunfähigkeit und Arbeitsmarkt“. Frau Staatssekretärin Anne Fucks bemerkte, dass das Thema der Tagung schon seit geraumer Zeit Gegenstand von Reformüberlegungen sei. Es galt ihrer Meinung nach einen Weg zu finden, um dem nicht voll einsatzfähigen Menschen alle Chancen zur Arbeit zu erhalten. Jeder müsse die soziale Absicherung erhalten, die er in seiner konkreten Situation benötigt. Im Rahmen der Tagung wurden verschiedene Probleme, Notwendigkeiten und Möglichkeiten zur Reform der Berufs- und Erwerbsfähigkeitsrente besprochen. Auch die Sicht der Sozialgerichtsbarkeit und der Arbeitslosenversicherung wurde eingebracht.⁴³

Mit ihrem 250. Informationsdienst 1996 griff die GVG ein Thema auf, welches für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Rentenversicherung von großer Bedeutung war und noch heute ist. Das Thema „Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Frühverrentung“ war Gegenstand der Ausarbeitung von Prof. Dr. Franz Ruland,

43 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Erwerbsunfähigkeit und Arbeitsmarkt. Arbeitstagung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. am 23.9.81. Köln: 1981 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 144].

Direktor des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Die im Rahmen des „Bündnisses für Arbeit“ angekündigte Trendwende bei der Frühverrentung bedeutete ein wichtiges politisches Signal, wenn auch zu dem damaligen Zeitpunkt die Reformvorschläge der Bundesregierung noch viele Fragen offenließen. So war vor allem unklar, ob und wie die neuen Altersgrenzen ab dem Jahr 2001 angehoben werden und wie die geplanten Anreize für Teilzeitbeschäftigung aussehen sollten. Für eine abschließende Bewertung war es insbesondere auch deshalb zu früh, weil die Detailregelungen des Teilzeit- und Teilrentenmodells mit den Sozialpartnern erst noch abgestimmt werden mussten. Prognostiziert wurde damals, dass die Frühverrentung dazu führen würde, dass ältere Arbeitslose in der Rentenversicherung in Zukunft verstärkt Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Anspruch nehmen. Um Umgehungsstrategien zu verhindern, müsste die anstehende, grundlegende Reform der Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten daher ebenfalls möglichst schnell in Angriff genommen werden. Nur dann würde es möglich sein, das sozialpolitische Ziel des gleitenden Übergangs in den Ruhestand mit einer finanziellen Entlastung der Rentenversicherung zu verknüpfen.⁴⁴

Im Kontext des Erhalts der Erwerbsfähigkeit wurde in den Gremien der GVG viel Aufmerksamkeit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und der medizinischen Rehabilitation gewidmet. Im Jahr 2005 wurde beispielsweise eine Konferenz zum Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchgeführt. Eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche BEM sah die GVG darin, dass unterschiedliche Akteure die institutionellen Grenzen überwinden und im Sinne eines übergeordneten Zieles zusammenarbeiten. Das BEM regelte das Recht zu Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit dem Ziel eines möglichst umfassenden Erhalts ihrer Beteiligung am Erwerbsleben. Neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung sei das BEM die dritte

44 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Frühverrentung. Köln: 1996 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 250].

Ebene der Prävention innerhalb eines Betriebes. Dabei gehe es jedoch nicht nur um Menschen mit Behinderungen, sondern auch um jene Arbeitnehmer, deren Krankheitsphasen sich auf mehr als sechs Wochen pro Jahr addierten und deren Erkrankung damit die Gefahr einer Chronifizierung berge, die einen dauerhaften Erhalt des Arbeitsplatzes gefährden könnte.⁴⁵

Wichtige Arbeit wurde in diesem Feld auch von den Ausschüssen Pflege und Rehabilitation unter dem Vorsitz von Herrn Professor Dr. Herbert Rebscher und Herrn Thomas Keck geleistet. Unter anderem stellte die GVG mit der Veröffentlichung „Die medizinische Rehabilitation“ einen Überblick zur Verfügung, welche Möglichkeiten die medizinische Rehabilitation bietet, wie sie funktioniert und welchen Nutzen sie bringt.⁴⁶ Auch die Umsetzung und Ausgestaltung der UN-Behindertenrechtskonvention wurde in beiden Ausschüssen seit 2008 intensiv und kritisch begleitet.⁴⁷

Das Normalarbeitsverhältnis als Finanzierungsgrundlage der sozialen Sicherung

Die GVG blickte in ihren Veranstaltungen auch immer wieder über den deutschen Tellerrand hinaus. Im Jahr 1984 stellte die GVG einen Artikel aus der „Revue belge de sécurité sociale“ vor, in dem es um die Auswirkungen alternativer Finanzierungsmethoden der sozialen Sicherung auf die Arbeitsmarktsicherung ging. Die Darstellung und Beurteilung neuartiger, über das lohnbezogene Beitragssystem hinausreichender Finanzierungsmodelle zeigte viele negative Aspekte von Bemessungsgrundlagen für Arbeitgeberbeiträgen in den Sozialversicherungssystemen auf. Diese orientierten sich nicht an Arbeitsentgelten, sondern an der der Kapitalausstattung, am Mehrwert oder an ähnlichen nicht

45 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement. GVG-Konferenz am 10. Oktober 2005. Köln: 2006 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 20, Artikel 310].

46 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die medizinische Rehabilitation. Schriftenreihe der GVG Bd. 66. Köln: 2010.

47 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Schriftenreihe der GVG Bd. 66. Köln: 2013.

lohnbezogenen Bemessungsgrundlagen. Diese Überlegungen wurden in dem Artikel deutlich kritisiert. Die Argumente der belgischen Autoren waren nicht unmittelbar auf deutsche Verhältnisse übertragbar, waren für die GVG jedoch relevant, da sie auch vor Fehlentscheidungen in der Bundesrepublik Deutschland warnten und damit zu den heimischen Auseinandersetzungen um die vielfach ähnlichen Probleme beitrugen.⁴⁸

Die Diskussion um die Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Erwerbstätigen wurde im Zuge der Debatte um die Digitalisierung der Arbeitswelt in dem Grünbuch „Arbeiten 4.0“ des Bundesarbeitsministeriums in der GVG angestoßen. Die GVG plädierte 2015 in einem Positionspapier dafür, dass die Selbständigen verpflichtend in den Schutz der gesetzlichen oder privaten sozialen Sicherungssysteme einbezogen werden sollten.

In dem Positionspapier nahmen die Mitglieder der GVG zu den Auswirkungen des technologischen Fortschritts auf die Arbeitswelt Stellung. Auch wenn die Digitalisierung von Arbeitsprozessen neue Formen freier Arbeitstätigkeit schafft, so sei es doch wenig zielführend bei den sozialen Sicherungsmöglichkeiten zwischen einer herkömmlichen und einer digitalen Arbeitswelt zu unterscheiden. Die Arbeit mag sich verändern, die Schutzbedürfnisse der Menschen blieben aber die gleichen. Notwendig sei, so forderte die GVG, daher eine Debatte über die Frage, ob der Einzelne die Freiheit haben sollte, auf eine eigene institutionalisierte soziale Absicherung zu verzichten.

Unter dem Titel „Beschäftigung sichert Beiträge“ lud die GVG im Rahmen der Mitgliederversammlung am 7. November 2012 Mitglieder und Fachöffentlichkeit ein, die Frage zu diskutieren, wie man in einer alternativen Gesellschaft, die zugleich in ersten Branchen an einem Fachkräfte-

⁴⁸ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Auswirkungen alternativer Finanzierungsmethoden der sozialen Sicherung auf den Arbeitsmarkt. Köln: 1984 [= Informationsdienst der GVG, Nr. 166].

mangel leidet, Menschen länger in Beschäftigung halten kann. Auf der Veranstaltung wurde gefordert, dass die Sozialversicherung passgenaue Präventions- und Rehabilitationsleistungen anbieten und die Sozialpartner Arbeitsplätze und Arbeitszeitmodelle entwickeln sollten, die auf den Bedarf älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zugeschnitten sind. Konsens bestand in der Frage, dass die Betroffenen selbst aufgefordert sind, sich aktiv in die Gestaltung ihres jeweiligen Arbeitsumfeldes einzubringen. 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 alternierenden Gesellschaften, die internationale Perspektive ergänzt.⁴⁹

49 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Long-Term Care Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich Band 69 und 70. Köln 2012.

ANHANG



Autorinnen und Autoren

Tobias Backhaus, Geschäftsstelle
gesundheitsziele.de, Gesellschaft
für Versicherungswissenschaft und
-gestaltung e.V., Berlin

Dr. Sven-Frederik Balders, Geschäfts-
führer, Gesellschaft für Versicherungs-
wissenschaft und -gestaltung e.V.,
Berlin

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer,
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
(DKG), Berlin

Dr. Joachim Breuer, Vorsitzender des
Vorstandes, Gesellschaft für Versiche-
rungswissenschaft und -gestaltung e.V.,
Berlin, Hauptgeschäftsführer, Deutsche
Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Dr. Günther E. Buchholz, Stellvertreten-
der Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereini-
gung (KZBV), Köln

Jürgen Dolle, Leiter Sozialpolitik,
Gesellschaft für Versicherungs-
wissenschaft und -gestaltung e.V.,
Berlin

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende,
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Berlin

Hermann Gröhe, MdB, Bundesminister
für Gesundheit, Berlin

Alexander Gunkel, Mitglied der Haupt-
geschäftsführung, Bundesvereinigung
der Deutschen Arbeitgeberverbände
(BDA), Berlin

Peter Hartmann, Hauptgeschäftsführer,
Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer
Versorgungseinrichtungen (ABV), Berlin

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer,
IKK e.V., Berlin

Laura Knöpffler, Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V., Berlin

Dr. Volker Leienbach, Direktor,
Verband der Privaten Kranken-
versicherung e.V., Köln

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender,
AOK-Bundesverband, Berlin

Andrea Nahles, MdB, Bundesministerin
für Arbeit und Soziales

Maria-Lucia Nikoloudi, Gesellschaft
für Versicherungswissenschaft und
-gestaltung e.V., Berlin

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Prof. Dr. Eva Quante-Brandt,
Vorsitzende der Gesundheitsminister-
konferenz 2017 und Senatorin für
Wissenschaft, Gesundheit und Verbrau-
cherschutz, Freie Hansestadt Bremen

Dr. Herbert Rische, Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund
a.D., Berlin

Gundula Roßbach, Präsidentin,
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Berlin

Prof. Dr. Rainer Schlegel, Präsident,
Bundessozialgericht, Kassel

Dr. Peter Schwark, Mitglied der
Geschäftsführung, Gesamtverband der
Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.,
Berlin

Gerhard Sehnert, Geschäftsführer,
Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau, Kassel

Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer,
Universität Münster

Professor Dr. Gregor Thüsing, Stellver-
tretender Vorsitzender des Vorstandes,
Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V., Berlin

Holger Trechow, bis 31. Oktober 2016
Leiter der Abteilung Arbeitsschutz,
Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V., Köln/Berlin

David Voges, Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft und
-gestaltung e.V., Berlin

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität
Duisburg-Essen

Roland Weber, Vorstandsmitglied,
Debeka Krankenversicherungsverein
a.G., Koblenz

Eva Maria Welskop-Deffaa, bis 31. Januar
2017 Mitglied im ver.di-Bundesvorstand,
Berlin

Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität
Mannheim

Die GVG Schriftenreihe

Mit der GVG-Schriftenreihe steht den verantwortlichen Akteuren, die sich in der GVG zusammengeschlossen haben, eine kontinuierliche Plattform der Information und des Austauschs zur Verfügung. In den letzten Jahren sind zahlreiche Kongressdokumentationen, konzeptionelle Entwürfe, Stellungnahmen und Überblicke zu systemrelevanten Fragen entstanden und konnten in der Schriftenreihe einer breiten Öffentlichkeit präsentiert werden. So wurden Erkenntnisse und Positionen in Entscheidungsprozesse eingespeist und konnten zur Akzeptanzbildung beitragen. Wissen transparent und zugänglich zu halten ist eine Schlüsselaufgabe der GVG.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die GVG – 70 Jahre Konsens für die soziale Sicherheit. Solidarität, Subsidiarität und Pluralismus. Berlin: GVG 2017 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 77].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin: Bedeutung, Perspektiven und Entwicklungsstand. Köln: GVG 2015 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 76].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2014. Menschen, Metropolen, Möglichkeiten – bessere Versorgung durch eHealth. Hamburg 2014, Köln: GVG 2014 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 75, Online-Version].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Ein Zwischenstand. Köln: GVG 2013 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 74].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Beschäftigung sichert Beiträge – Die Bedeutung der Beschäftigung älterer Menschen im Erwerbsalter. Dokumentation der GVG-Mitgliederversammlung 2012. Köln: GVG 2013 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 73].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): 14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik. Dokumentation des GVG-Euroforums in Potsdam am 11. Oktober 2012. Köln: GVG 2013 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 72].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2012. Gesundheit – digital, besser, effizienter, Saarbrücken 2012. Documentation de la conférence des 5 et 6 juin 2012 à Sarrebruck. Köln: GVG 2012 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 71, französisch].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2012. Gesundheit – digital, besser, effizienter, Saarbrücken 2012. Dokumentation der Veranstaltung vom 5. und 6. Juni 2012 in Saarbrücken. Köln: GVG 2012 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 71, deutsch].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich. Teil II. Dokumentation des GVG-Euroforums in Berlin am 20. Oktober 2011. Köln: GVG 2012 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 70].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege. Teil I, Deutschland. Köln: GVG 2011 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 69].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):

eHealth Conference 2010. Telematik bringt Mehrwert. Dokumentation zum nationalen Telematikkongress, Hannover 2010. Köln: GVG 2011 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 68].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gesundheitsinformationen in Deutschland. Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Köln: GVG 2011 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 67].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die medizinische Rehabilitation. Ein Überblick. Köln: GVG 2010 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 66].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft. Pläydoyer für eine bedarfsgerechte internationale Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich. Köln: GVG 2010 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 65].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Bonn: nanos 2010 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 64].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2008. Telematik kommt an. Dokumentation zum nationalen Telematikkongress. Kiel 2008. Bonn: nanos 2009 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 63].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen. Bonn: nanos 2009 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 62].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Der medizinisch-technische Fortschritt zwischen Gesundheitschancen und Kosteneffekten. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 61].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 60].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Alterssicherung in Europa. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 59].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2007. Experts' Special Interest Sessions. Proceedings of the High-level eHealth Conference. Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 58].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2007. Infrastructure and Health Services. Proceedings of the High-level eHealth Conference. Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 57].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth Conference 2007. Policies and Strategies for eHealth across Borders. Proceedings of the High-level eHealth Conference. Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 56].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Bonn: nanos 2007 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 55].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Soziale Sicherung in China. Ein Überblick über die soziale Sicherung sowie die

chinesisch-deutsche Zusammenarbeit.
Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der
GVG, Bd. 54].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Gesundheitssysteme in Europa –
Experimentierfeld zwischen Staat und
Markt – Frankreich, Niederlande,
Schweiz, Schweden und Großbritannien
– Analyse und Vergleich. Berlin: Aka 2006
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 53].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
eHealth 2005. Telematics in Health Care.
Health Cards in Europe – The Mobile
Patient. Proceedings of the Internatio-
nal Section of the National and
International Congress. Munich 2005.
Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der
GVG, Bd. 52].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
eHealth 2005. Telematik im Gesund-
heitswesen. Elektronische Gesundheits-
karte: Kernelement sektorenüber-
greifender IT-Anwendungen.
Dokumentation zum nationalen und
internationalen Kongress. München
2005. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe
der GVG Bd. 51].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Telematik im Gesundheitswesen,
Perspektiven und Entwicklungsstand.

Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der
GVG, Bd. 50].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
»gesundheitsziele.de«. Impulse,
Wirkungen und Erfahrungen. Berlin: Aka
2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 49].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Grenzüberschreitende Zusammenarbeit
mit den neuen Mitgliedsstaaten der EU.
GVG-Euroforum 2004. Berlin: Aka 2004
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 48].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Integrierte Rehabilitation. Dokumen-
tation der GVG-Konferenz vom 10./11.
November 2003 in Berlin. Berlin: Aka
2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 47].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
eHealth 2003. Telematics in Health Care.
Networked Health Care II. National
Strategies. European Convergence.
Proceedings of the International
Section of the National and Inter-
national Congress. Dresden 2003.
Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der
GVG, Bd. 46].

Gesellschaft für Versicherungswissen-
schaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
eHealth 2003. Telematik im Gesund-
heitswesen. Dokumentation zum

nationalen und internationalen Kongress. Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG Bd. 45].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 44].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Cyprus, Malta, Turkey. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 43].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Bulgaria, Hungary, Romania, Slovenia. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 42].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Czech Republic, Slovak Republic, Poland. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 41].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Estonia, Latvia, Lithuania. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 40].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Sozialpolitische Beratung in Osteuropa. Einblicke in die Beratungspraxis am Beispiel des TACIS-Projektes „Governance of Social Security“. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 39].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): eHealth 2002. Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress. Bonn 2002. Berlin: Aka 2002 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 38].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): *gesundheitsziele.de*. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Aka 2002 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 37].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Schug, Stephan H.: Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen. Internationale Studie des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen. Köln 2001; Association for Social Security, Policy and Research (Hg.): Schug, Stephan H.: European and International Perspectives on Telematics in Health Care. International Study of the Health Telematics Action Forum for Germany. Berlin: Aka 2001 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 36].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zur Auftaktveranstaltung „Erwartungen der Partner im Gesundheitswesen an eine moderne Infrastruktur“. Bonn 1999. Nomos: Baden-Baden 2000 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 35].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Sharing Prejudices: Quality, Education and Policy in Health Care. Bismarck vs. Beveridge: Gibt es Gemeinsamkeiten? Deutsch-britische Konferenz zur Gesundheitspolitik (englisch). Köln: GVG 2001 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 34].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): British-German Workshop on Health Policy (englisch/deutsch). London 6-8 June 1999. Köln 2000 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 33].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung. Bonn: Vollmer 1999 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 32].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Auswirkungen der Politik der Europäischen Union auf das Gesund-

heitswesen und die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Bonn: Vollmer 1997 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 31].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Pluralismus, Demokratie und Soziale Sicherung – für eine freiheitliche Sozialpolitik in Deutschland und Europa. 50 Jahre GVG. Bonn: Vollmer 1997 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 30].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die Alterssicherungssysteme vor der demographischen Herausforderung. Das Säulen-Modell der Weltbank als Lösungsansatz. Bonn: Vollmer 1996 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 29].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Zusatzversorgungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Entwicklung, Tendenzen und offene Fragen. Bergisch Gladbach: Vollmer 1995 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 28].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Probleme der Umwandlung der Sozialordnungen der Staaten Mittel- und Osteuropas. Bergisch Gladbach: Vollmer 1994 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 27].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Elemente eines Systems der sozialen
Sicherung unter den Bedingungen einer
Sozialen Marktwirtschaft. Das Beispiel
der Bundesrepublik Deutschland.
Bergisch Gladbach: Vollmer 1994
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 26].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Elemente eines Systems der sozialen
Sicherung unter den Bedingungen einer
Sozialen Marktwirtschaft. Das Beispiel
der Bundesrepublik Deutschland. 2. Auflage
Bergisch Gladbach: Vollmer 1994
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 26a].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Elemente eines Systems der sozialen
Sicherung unter den Bedingungen einer
Sozialen Marktwirtschaft. Das Beispiel
der Bundesrepublik Deutschland.
3. Auflage Bergisch Gladbach: Vollmer
1996 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 26b].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Die betriebliche Altersversorgung
im gegliederten System der Alters-
sicherung. Zukünftige Entwicklung in
europäischer Perspektive. Bergisch
Gladbach: Vollmer 1992 [= Schriftenreihe
der GVG, Bd. 25].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Neue Aufgaben für die Systeme der
sozialen Sicherung in der Bundes-
republik Deutschland durch die Öffnung
Mittel- und Osteuropas. Bergisch
Gladbach: Vollmer 1992
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 24].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Sozialunion in Deutschland. Aktueller
Stand und Perspektiven. Bergisch
Gladbach: Vollmer 1991
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 23].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Familienpolitische Herausforderungen
in der 12. Legislaturperiode.
Bergisch Gladbach: Vollmer 1991
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 22].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Die Absicherung des Risikos der
Pflegebedürftigkeit. Bergisch Gladbach:
Vollmer 1991 [= Schriftenreihe der
GVG, Bd. 21].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Entwicklung der Systeme der sozialen
Sicherheit im Europäischen Binnenmarkt.
Bergisch Gladbach: Vollmer 1990
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 20].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die soziale Dimension des Europäischen Binnenmarktes. Bergisch Gladbach: Vollmer 1990 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 19].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Familienlastenausgleich in der Bundesrepublik Deutschland. Grundfragen, Systemmängel, Reformvorschläge. Bergisch Gladbach: Vollmer 1989 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 18].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Die private Altersvorsorge im gegliederten System der Alterssicherung. Bergisch Gladbach: Vollmer 1988 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 17].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Wirtschaftlichkeitsanreize im Bereich der stationären Versorgung. Bergisch Gladbach: Vollmer 1988 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 16].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Gutachten – Verteilung der Lasten einer ausreichenden künftigen Gesamtversorgung auf die Drei Säulen. Bergisch Gladbach: Vollmer 1988 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 15].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Flexibilisierung der Altersgrenzen. Bergisch Gladbach: Vollmer 1988 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 14].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Stellenwert der Prävention im Rahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Bergisch Gladbach: Vollmer 1987 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 13].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Steuerliche Behandlung der Alters-einkünfte. Bergisch Gladbach: Vollmer 1987 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 12].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Im Dienste freiheitlicher Sozialpolitik. 40 Jahre Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. . Bergisch Gladbach: Vollmer 1987 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 11].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.): Weiterentwicklung des Gesundheitswesens: medizinische, ökonomische und politische Orientierung. Dokumentation der GVG-Tagung vom 24. September 1986. Bergisch Gladbach: Vollmer 1986 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 10].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Wissenschaftler zur Strukturreform der
Rentenversicherung. Bergisch Gladbach:
Vollmer 1986 [= Schriftenreihe der
GVG, Bd. 9].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Reform des Arzneimittelmarktes.
Bergisch Gladbach: Vollmer 1985
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 8].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Entwicklung des Gesundheitswesens bei
schrumpfender Bevölkerung. Bergisch
Gladbach: Vollmer 1984 [= Schriftenreihe
der GVG, Bd. 7].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Demographische Entwicklung und
kapitalbildende Altersversorgungssysteme.
Bergisch Gladbach: Vollmer
1984 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 6].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Kostenexplosion im Krankenhaus –
Möglichkeiten der Reform. Bergisch
Gladbach: Vollmer 1984
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 5].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Kapitalbildung und Altersvorsorge: dem
Ehrenvorsitzenden der Gesellschaft
für Versicherungswissenschaft und
-gestaltung Prof. Dr. Erwin Gaber zur
Vollendung des 80. Lebensjahres
gewidmet. Bergisch Gladbach: Vollmer
1983 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 4].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Anforderungen an eine Reform der
Altersversorgung der Frau und der
Hinterbliebenen (Reform ,84). Bergisch
Gladbach: Vollmer 1983 [= Schriftenreihe
der GVG, Bd. 3].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Kostenentwicklung und Kosten-
dämpfung im Gesundheitswesen in
sechs Ländern an Rhein und Maas.
Bergisch Gladbach: Vollmer 1982
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 2].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.):
Wesen und Bedeutung der Gliederung
in der sozialen Sicherung.
Bergisch Gladbach: Vollmer 1982
[= Schriftenreihe der GVG, Bd. 1].

GVG-Vorsitzende

Prof. Dr. Hermann Edler von Hoffmann,
Studiendirektor an der Hochschule
für kommunale Verwaltung Düsseldorf
(1947 bis 1951)

Dr. Kurt Blaum, Präsident des
Hessischen Roten Kreuzes (1951 bis 1953)

Dr. Johannes Krohn, Vorsitzender
des Bundesausschusses der Ärzte
und Krankenkassen (1953 bis 1959)

Prof. Dr. Erich Röhrbein, Präsident
des Landessozialgerichts Nordrhein-
westfalen (1960 bis 1962)

Dr. Hermann Schäfer, Leiter der
Hanseatischen Ersatzkasse
(1963 bis Mai 1966)

Hans Katzbach, Stellvertretender
Vorsitzender der DAG-Deutsche
Angestellten Gewerkschaft
(Juni 1966 bis 1967)

Joseph Scherer, Vorsitzender des
Signal Unfall-Versicherungsvereins a.G.
(heute Teil der Signal Iduna Gruppe),
Gründer und Vorstand des Verbandes
privater Krankenversicherungen e.V.
(1968 bis 1970)

Prof. Dr. Erwin Gaber, Präsident
der Bundesversicherungsanstalt für
Angestellte (1970 bis 1980)

Dr. Carl Rudolf (Rolf) Schlögell,
Vorsitzender des Bundesverbandes
freier Berufe (1981 bis Mai 1984)

Helmut Kaltenbach, Direktor der
Bundesversicherungsanstalt für
Angestellte (Juli 1984 bis 1992)

Dr. Herbert Rische, Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund
(1993 bis 2014)

Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäfts-
führer der Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung (seit 2015)

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)

Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 8561123-0

Fax: +49 (0)30 8561123-22

info@gvg.org

www.gvg.org

Im Mai 1947 wurde die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. gegründet. Nahezu alle relevanten Institutionen im Bereich der sozialen Sicherheit sind in der GVG organisiert. Seitdem repräsentiert sie wie keine zweite Organisation das System der sozialen Sicherung in Deutschland. Sie behandelt die großen, grundlegenden und übergreifenden Themen der sozialen Sicherheit in Theorie und Praxis und entwickelt mit ihrer Arbeit das Sozialsystem beständig weiter, um es möglichst krisenfest zu machen.

Während der 70 Jahre ihres Bestehens hat sich die GVG – ganz wesentlich Dank ihrer einzigartigen Mitgliederstruktur, ihres Konsensprinzips und ihrer thematischen Ausrichtung – zu der Konsensplattform für Sozialpolitik in Deutschland entwickelt. Anlässlich ihres Jubiläums publiziert sie in ihrer Schriftenreihe einen Band, in dem namhafte Vertreterinnen und Vertreter aus ihrer Mitgliedschaft die Motivation der Trägerorganisationen und ihr Engagement in den Fokus der Betrachtungen stellen.

In der Publikation werden zudem wesentliche Projekte, Inhalte und Erfolge der GVG während der letzten Jahrzehnte beleuchtet, ihre Relevanz und Bedeutung in den sozialpolitischen Kontext eingebunden und gleichzeitig auf die neuen, vor ihr liegenden Herausforderungen geblickt.