

Oktober 2010

In dieser Ausgabe:

Seite 2/3: Versicherte in der Kostenfalle / BKK kommentiert die Gesundheitspolitik

Seite 4: Sozialökonom Breyer „Gesundheitsreform 2011 springt zu kurz!“

Seite 4-6: Das meint die Bundespolitik zum GKV-FinG

Seite 6: Hessen übernimmt Vorsitz bei Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Impressum

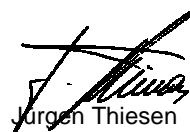
Im „Herbst der Entscheidungen“ Union und Liberale stellen Weichen zur Ausweitung der Zusatzbeiträge

Angesichts eines befürchteten Defizits der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 11 Mrd. Euro im Jahr 2011 verständigten sich Partei- und Fraktionsspitzen von CDU/CSU und FDP auf „Eckpunkte für ein gerechteres, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“. In erster Linie war damit jedoch das Eingeständnis gemacht, dass die GKV-Finanzierung mit den Mitteln und Methoden des Gesundheitsfonds nicht zu managen ist. Auf dem Tisch lag also ein Vorschlag, Kostendeckung alternativer Leistungskürzung vorzuziehen.

Der kurz darauf präsentierte Entwurf des „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV“ (GKV-FinG) wurde konkreter: Seine Protagonisten rühmen sich, die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags verbindlich gemacht zu haben. Kassenindividuelle Zusatzbeiträge müssen also Kostensteigerungen abfangen, die bereits in vielen Sektoren absehbar sind.

Die Prognose des Schätzerkreises: „Das Geld reicht aus!“ hat die Skeptiker aber nur vorübergehend kleinlaut gemacht. Die Sorge über Unabwendbarkeit von Zusatzbeiträgen hat Bestand. Es ist offensichtlich: Das GKV-FinG verschiebt den Zeithorizont, von dem an die Kassen auf breiter Front individuelle Beiträge einfordern müssen. Die nach Schiedsspruch im Erweiterten Bundesausschuss getroffene Entscheidung über eine deutliche Honorarsteigerung war in die Argumentation der Regierungskoalition und in das dem GKV-FinG zugrundegelegte Finanztabelau bereits einkalkuliert. Dennoch wäre von einer Nullrunde für die Leistungserbringer ein politisches Signal ausgegangen. Im „Herbst der Entscheidungen“ war solch eine Maßnahme zur Kostendämpfung jedoch nicht opportun. Bundesgesundheitsminister Rösler (FDP) hatte mit seinen Vorabkommentaren zum Ausgang des Honorarstreits bereits eine Marschrichtung vorgegeben.

Im Rahmen unserer alljährlichen Diskussionsrunde haben wir die wesentlichen Maßnahmen des GKV-FinG aufgegriffen und aus dem Blickwinkel der BKK kommentiert. Auf den Folgeseiten finden Sie unsere Positionen sowie deren Erwidderung aus bundespolitischer Sicht.



Jürgen Thiesen
Vorstandsvorsitzender BKK LV Hessen

markt

Das Bundeskabinett hat dem Entwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) zugestimmt und damit ein umfangreiches Reformpaket zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens auf den weiteren parlamentarischen Weg gebracht. Vor diesem Hintergrund diskutierten die hessischen Betriebskrankenkassen (BKK) die Frage, ob mit dem Gesetzesvorhaben die Struktur- und Finanzierungsprobleme der GKV tatsächlich gelöst werden und ob damit eine gerechte Lastenverteilung zukünftiger Ausgabensteigerung erreicht werden kann. Der Vorstand des BKK LV Hessen, Jürgen Thiesen, eröffnete die alljährliche Diskussionsveranstaltung mit kritischem Blick auf den Stand der Dinge.

Im Wortlaut:

Versicherte in der Kostenfalle Zusatzbeiträge kein Ersatz für notwendige Beitragsouveränität der Krankenkassen

Die Bundesregierung plant, die Einnahmeseite der GKV zu reformieren, indem der Zusatzbeitrag umgestaltet und begleitend ein neuer Sozialausgleich eingeführt wird. Das drohende Defizit von 11 Mrd. Euro für 2011 soll aufgefangen werden durch einmalige Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes, zusätzlichen Steuerzuschuss von zwei Mrd. Euro sowie Sparmaßnahmen bei Leistungserbringern und Krankenkassen.

Ohne Zweifel besteht damit für die Krankenkassen die so dringend erwartete finanzielle Planungssicherheit für das nächste Jahr. Die Beitragserhöhung um 0,6 Prozent tragen Versicherte und Arbeitgeber zu gleichen Teilen. Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils bedeutet jedoch für die Versicherten, künftige Kostensteigerungen allein über den Zusatzbeitrag tragen zu müssen. Die Frage drängt sich auf: Wird das politische Interesse zur Ausgabenstabilisierung unter diesen Rahmenbedingungen weiterhin stark genug sein?



Jürgen Thiesen, Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Hessen, präsidierte Vorschläge der BKK für die Gesundheitspolitik.



An dem wettbewerbsfeindlichen Gesundheitsfonds mit Einheitsbeitragssatz wird weiter festgehalten. Daran ändert auch die Neugestaltung des Zusatzbeitrages nichts. Nach wie vor wird den Krankenkassen die Beitragsautonomie fast vollständig entzogen und so der Wettbewerb erschwert. Zudem droht in der Übergangsphase bis zu einer flächendeckenden Einführung der Zusatzbeiträge ein ruinöser Wettbewerb unter den Krankenkassen.

Es ist zu befürchten, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu lange hinausgezögert wird, trotz eines erkennbaren Bedarfes. Zur Prävention solcher Szenarien genügt es leider nicht, sich auf gesetzliche Regelungen im Sozialgesetzbuch (SGB V) zu berufen, die bei erkennbaren finanziellen Schiefen von Krankenkassen den GKV-Spitzenverband und die Aufsichtsbehörden auf den Plan rufen. Aktuell befinden sich die hierfür geeigneten Interventionskriterien und Maßnahmen noch in Abstimmung und konkretisieren keine tauglichen Instrumente zur Haftungsprävention. In der Praxis gibt es diese Instrumente zwar, jedoch nur auf freiwilliger vertraglicher Grundlage zwischen Kassen und Verbänden.

■ **Wir fordern, eine gesetzliche Grundlage zur verpflichtenden Durchführung einer Haftungsprävention in jeder Kassenart zu schaffen.**

Nur so ist es möglich, finanzielle Schiefen einzelner Kassen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite einzuleiten.



Parallel zum nach oben offenen Zusatzbeitrag wird ein Sozialausgleich eingeführt. Dieser greift, wenn der vom Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich festgestellte durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des Bruttoeinkommens übersteigt. Die Gegenfinanzierung war noch in den Eckpunkten vollständig aus Steuermitteln vorgesehen. Im nun vorliegenden Gesetzentwurf wird dies anders interpretiert. Bis 2014 soll der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, aufgestockt um zwei Mrd. Euro aus Steuermitteln. Erst im Jahr 2014 entscheidet die Bundesregierung über eine eventuelle Erhöhung der Steuermittel für die Folgejahre. Reichen bis dahin die zwei Mrd. Euro

aus Steuermitteln nicht aus, wird es zu Kürzungen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen kommen. Die Wahrscheinlichkeit von Zuweisungskürzungen steigt, wenn tatsächlich die Zusatzbeiträge für Hartz IV-Empfänger ebenfalls aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen sind. Wer dafür die Ausfallbürgschaft übernimmt, wird mit der Neuregelung des Zusatzbeitrages deutlich: Es sind die Versicherten.

Eigentlich gibt es nur einen echten Gewinner der Reform: die Private Krankenversicherung (PKV). Nach einjähriger Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze soll wieder ein Wechsel von der GKV in die PKV möglich sein. Wird hier das Risiko übersehen, dass dann vermehrt junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder vor allem wegen der Anhebung der Beitragssätze und der drohenden Erhebung von Zusatzbeiträgen die GKV verlassen werden. Der GKV-Spitzenverband kalkuliert bereits Mindereinnahmen von voraussichtlich 400 Mio. Euro für die Jahre 2011 und 2012. Auch damit dürfte der Druck zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zu Lasten der Versicherten steigen.



Die Krankenkassen werden mit Begrenzung der Verwaltungskosten an den Sparmaßnahmen beteiligt. Bei den Leistungserbringern werden lediglich die Zuwächse für 2011 begrenzt. Eine zeitlich befristete Nullrunde wäre auch bei den Leistungserbringern, zumindest bei den Vergütungsanstiegen, vertretbar gewesen. Und was die Verwaltungskosten der Krankenkassen angeht: Bereits ab Jahresanfang 2011 und darüber hinaus müssen die Kassen die Steigerung des allgemeinen Krankenversicherungsbeitrages um 0,3 Beitragssätze verkraften. Eine Nullrunde wird somit zur Minusrunde und zur Herausforderung für qualifizierte Arbeit und Ausbildung bietende Kassen.

■ **Wir brauchen Ausnahmetatbestände, in welchen Berücksichtigung findet, dass (1.) die GKV als Arbeitgeber höhere anteilige Sozialausgaben verkraften muss, welche aus der gesetzlichen Erhöhung des Beitragssatzes resultieren, und dass (2.) die Einführung von tendenziell zunehmenden Zusatzbeiträgen samt Durchführung des daran gekoppelten Sozialausgleichs administriert werden muss.**

Grundsätzlich ist jedoch zu bemerken, dass die Betriebskrankenkassen jahrzehntelang bewiesen haben, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung gewährleisten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür nicht ausschlaggebend. Deshalb halten wir die generelle Deckelung der Verwaltungskosten für den falschen Weg. Denn dies bedeutet, an unwirtschaftlichen Kassenstrukturen und ungerechtfertigten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds festzuhalten.

■ **Verwaltungskosten müssen wieder voll in die Finanzverantwortung der Kassen überführt werden. Dies wäre ein effektiver Weg, die Verwaltungskosten langfristig niedrig zu halten.**

Zur Hausarztzentrierten Versorgung begrüßen wir die Anbindung der Vergütung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die Begrenzung auf den durchschnittlichen Fallwert der Vergleichsgruppe im Kollektivvertrag. Damit wird das Ausgabenrisiko für die Kassen wieder kalkulierbar. Auffällig ist jedoch, dass die Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in Paragraph 73b SGB V weiterhin den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs widersprechen. Nach wie vor gilt der Kontrahierungszwang und das Verhandlungsmonopol der Hausärzterverbände wird nicht aufgehoben.



■ **Innovative Versorgung im Rahmen der Selektivverträge basiert auf freier Vertragspartnerwahl und benötigt Gestaltungsspielräume.** ■ **Der Vertragszwang in § 73b SGB V sollte gänzlich aufgehoben werden.**



Der Morbi-RSA bestimmt die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen nach Morbiditätskriterien. Dabei spielt die Qualität der Diagnosedokumentation durch die Leistungserbringer eine wichtige Rolle.

■ **Wir fordern, dass diesbezüglich bestehende Fehlanreize und Manipulationsrisiken behoben werden.**

■ **Außerdem sollte im RSA ein Hochrisikopool als Rückversicherungssystem für besonders teure Leistungsfälle installiert werden.**

Die Sozialökonomie erklärt hierzu ...

„Gesundheitsreform 2011 springt zu kurz!“

Prof. Dr. Friedrich Breyer kommentierte die „Stellschrauben zur Finanzierung der GKV“ und reflektierte aktuelle Reformvorschläge aus der Sicht der Sozialökonomie. Von seiner zentralen These: „Staatliche Intervention verschleiert die wahren Kosten des Gesundheitswesens“ leitete er unter anderem ab, dass dies den Kassenwettbewerb entschärft. In Manier der klassischen Wirtschaftstheorie beschreibt er den Versicherten als homo oeconomicus, dessen Entscheidungen vernunftgesteuert sind. Aus diesem Blickwinkel ist jeder Krankenversicherungsschutz nichts anderes als ein individuelles Kosten-Nutzen-Kalkül, das es ideal zu bedienen gelte. Hier entstehe das Spielfeld für Pluralität.



Prof. Dr. Friedrich Breyer, Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Konstanz und Forschungsprofessor am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin. Zugleich stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundeswirtschaftsministerium und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik

Kassenwettbewerb sei nicht grundsätzlich verschieden von profitorientierter Unternehmung. Das Produkt der gesetzlichen Kassen sei allerdings nicht nur Leistungsstandard und soziale Absicherung nach Gesetzeslage. Versicherte fragten ein Gesamtkonzept aus überprüfbarer Qualität und verlässlich verfügbarer Vertragsleistung nach. Leider versäume die aktuelle Gesundheitsreform, diesen präferenzbildenden Leistungswettbewerb ausreichend zu stimulieren. Innovative Vergütungsregelungen bspw. könnten den Wettbewerb als „Entdeckungsverfahren“ interessant machen. Hieran sollten sich die Versicherten mit ihrer Kassenwahl aktiv beteiligen.

Eine Lanze brach Breyer für die Kopfpau-schale. Diese sei kein Teufelszeug. Im Gegenteil: Individuelle Prämien beteiligen gut-verdienende Selbstständige und Bezieher sonstiger Einkünfte zuverlässig an der Finanzierung eines solidarischen Gesund-

heitswesens. Zwar zahle ein bestbezahlter Manager für seine gesetzliche Krankenversicherung womöglich nur wenig mehr als ein durchschnittlich besoldeter Angestellter. Aber: Sozialer Ausgleich obliege dann dem Fiskus. Höhere Einkommen könnten angemessen besteuert werden. Hieraus entstehe finanzieller Spielraum zur Gestaltung eines gesellschaftlich akzeptablen Sozialausgleichs.

Ein Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung hält Breyer für „falsch“. Damit entziehe die PKV der GKV wichtige Beitragszahlungen. Somit versieht der Ökonom die erleichterten Wechsel- bzw. Rückkehrmöglichkeiten in die PKV mit einem Fragezeichen. Solche Optionen verstärkten den Trend zur Zwei-Klassen-Medizin.

Volkes Stimmen

Neuaufgabe alter Weisheit: Nach dem Kompromiss bleibt vor dem Kompromiss

Keiner ist zufrieden. Doch alle sind überzeugt.

Der Termin für die Diskussion war bewusst auf den Herbst der Entscheidungen gelegt. Und dass am Vortag das Bundeskabinett dem Entwurf des GKV-FinG sein Placet erteilte, war für Gäste und Diskutanten ein aktueller Ansporn, auf den aktuellen Stand der Reformplanungen einzugehen.



Helmut Laschet, Ärzte Zeitung

Helmut Laschet, langjähriger Chefredakteur und mittlerweile wohl dienstälteste Fachjournalist des Gesundheitswesens moderierte mit Hintergrundwissen und jahrzehntelanger Erfahrung. Im Rekurs auf jahrzehntelange Reformpolitik im Gesundheitswesen und die hieraus gezogenen Lehren für die aktuellen Gesetzgebungsinitiativen wurde auffällig von „Kompromisslösungen der vergangenen Jahre“ oder von „Altlasten der Vorgängerregierung“ gesprochen. Es blieb bei einer seitens der Bundespolitiker eher defensiv geführte Diskussion.

(Fortsetzung auf Seite 5)



(Fortsetzung von Seite 4) **Erwin Rüdgel** (MdB/CDU) verteidigte die Reformpläne der christlich-liberalen Koalition: „Wir stellen das Gesundheitssystem auf ein solides und zukunftsfähiges Fundament.“ Wichtig sei, „dass jeder die Behandlung bekommt, die er braucht – und zwar nach modernstem Standard.“ Er blieb in den Erklärungsmustern der Regierungskoalition: Demographische Entwicklungen und höhere Lebenserwartungen verursachen steigende Kosten im Gesundheitswesen. Hier setze das Reformpaket an. Bezweckt werde eine zukunftsfähige und faire Verteilung der Finanzierungslasten. Botschaft des Sozialausgleichs sei: „Alle sind gefordert, aber niemand wird überfordert. Und diese Prämisse klammere nicht aus, auch Krankenhäuser, Pharmaindustrie oder Ärzte an der Kostendämpfung zu beteiligen.“



Diskussion auf Augenhöhe: Als Mitglieder des Gesundheitsausschusses hatte der BKK LV Hessen die Bundestagsabgeordneten Dr. Edgar Franke (SPD)(links) und Erwin Rüdgel (CDU) (2.v.rechts) eingeladen. Die Positionen der GKV vertrat Dr. Doris Pfeiffer, GKV-Spitzenverband. Wolfram-Arnim Candidus (rechts) trug Bürgerinteressen vor. Helmut Laschet (Mitte) moderierte die Runde.



Dr. Edgar Franke(MdB/SPD)

Sozialdemokrat **Dr. Edgar Franke** (MdB) bedauerte die Abkehr von der Parität. Selbstkritisch fasste er jedoch vergleichbare, ebenfalls auf Entkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von der Erwerbsarbeit bedachte Beschlüsse aus der Zeit der großen Koalition zusammen: „Wir wissen doch alle, dass dies Kompromisse waren.“ Offenbar möchte die SPD nun das von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) gemeinsam mit der Union in Gang gebrachte Rad wieder zurückdrehen. Indiz hierfür: Aufgeschlossen zeigte sich Franke gegenüber den Vorschlägen des Auditoriums, mit der Rückkehr zur Beitragsautonomie den Versicherten eine entkomplizierte Kas-senwahl und akzeptable Beitragszahlung zu ermöglichen.

Die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, **Dr. Doris Pfeiffer**, nutzte die Gelegenheit, Rechtfertigungen sowie hiervon abgeleitete Ansätze für notwendige Strukturmaßnahmen mit Erfahrungswerten und (Negativ-) Beispielen aus vorausgegangenen Reformprozessen zu parieren.



Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende GKV-Spitzenverband

Ein zentraler Kritikpunkt: Neuerlich werde nicht ausreichend Phantasie und Konsequenz erkennbar, verkrustete Strukturen aufzubrechen. Statt Effizienzreserven zu erschließen, erhöhe die Bundesregierung den Krankenkassenbeitrag für 50 Millionen Kassenmitglieder und deren Arbeitgeber. Das schaffe Begehrlichkeiten auf Seiten der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und bei sonstigen Leistungserbringern. Mit konsequentem Sparen wäre finanzielle Stabilität auch ohne Beitragsaufschlag zu erreichen. Es mangle an Reizen und Nachdruck, Wirtschaftlichkeit möglichst ohne Qualitätsverluste zu generieren. Und noch ein anderer Aspekt bereitet ihr Sorge: Die Spitzenfunktionärin rechnete vor, dass allein die erleichterten Wechselbedingungen in die PKV die GKV mit rund 400 Millionen Euro belasten. Das schwäche den Gesundheitsfonds und erhöhe den Druck, kostendeckende Zusatzbeiträge erheben zu müssen. Und zwar auf breiter Basis.

(Fortsetzung auf Seite 6)



Wolfram-Arnim Candidus, DGVP

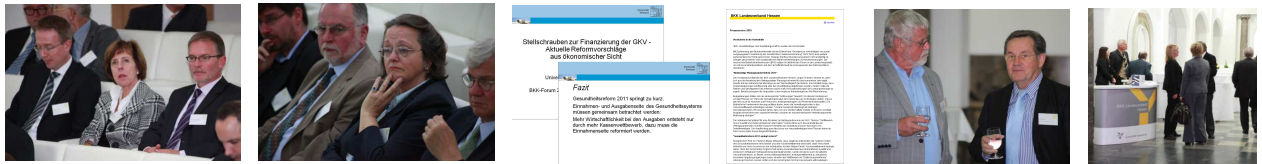
(Fortsetzung von Seite 5) Ein bitteres Fazit zog **Wolfram-Arnim Candidus**, Präsident der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e.V. Er sieht die Versicherten und Patienten noch längst nicht auf der sicheren, der auch mittel- oder gar langfristig gutversorgten Seite. Angesichts der mit dem GKV-FinG vorgelegten Vorschläge in Verbindung mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) fürchtet Candidus, dass sich schon mittelfristig die Effizienz des Gesundheitswesens verschlechtern wird. Aus dem Trend staatlicher Einmischung mit Reglementierungen und Vorgaben schlussfolgert er, dass hierunter die Therapiefreiheit leiden wird. Candidus fürchtet, dass Bündelung von Einkaufs- und Vertragsmacht in wenigen großen Kassen den Patienten mittel- und langfristig eher schadet als nutzt. Sein Argument: Die mit der Reform initiierten Vergütungsstrukturen gefährden die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung. Kehrseite einer vorrangig auf Sparsamkeit bedachten Gesundheitspolitik sei nämlich zweifelsfrei: Ca. 20.000 Arbeitsplätzen stünden allein in der stationären Versorgung zur Disposition. Folge: Wartezeiten und Ausgrenzungen für die Patienten nehmen zu. Und das, so Candidus, „mündet am Ende in Rationierung und Priorisierung“.



Ralf Kirch, Verwaltungsratsvorsitzender BKK LV Hessen (Versichertenvertreter)

Der Vorsitzende im Verwaltungsrat des BKK LV Hessen, Versichertenvertreter **Ralf Kirch**, ermahnte im Fazit: „Das umlagefinanzierte Sozialsystem steht zu Unrecht in Frage! Mit der Parität waren wir viele Jahrzehnte lang volkswirtschaftlich exzellent aufgestellt. Bis zur Einführung des Gesundheitsfonds konnten souveräne und selbstverwaltete Kassen von ihren Versicherten eigenverantwortlich kalkulierte Beiträge verlangen. Nun haben wir einen Solidartopf, dessen kostendeckende Füllung noch nicht einmal dem Fiskus gelingt. Somit kommen Versicherte und Patienten für Kosten und Teuerungen auf, deren Dynamiken bundespolitisch initiiert und gesetzlich vorgegeben sind.“

Vorträge, Statements und Fotos stehen Ihnen unter www.bkk-hessen.de zum Download zur Verfügung. Gäste und Teilnehmer haben weitergehende Zugriffsmöglichkeiten auf persönliche Fotos unter http://drop.io/bkk_forum_wiesbaden.



Das hierzu erforderliche Passwort erhalten Sie nach Anfrage per E-Mail via: presse@bkk-hessen.de oder Tel.: (0 69) 9 63 79-4 20.

Kabinettsumbau:

Stefan Grüttner folgt Jürgen Banzer Sozialminister übernimmt Vorsitz der GMK

BKK Landesverband Hessen
Stresemannallee 20
60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 96379-0
Telefax 069 96379-300
E-Mail: presse@bkk-hessen.de

Impressum / Herausgeber:

Verantwortlich für den Inhalt:
Jürgen Thiesen
Redaktion: Stefan Eckerlein
Nachdruck und Weitergabe
honorarfrei. Beleg erbeten.

Informationen & Downloads finden Sie
im Internet unter www.bkk-hessen.de

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) ist eine Fachkonferenz der ressortleitenden Landesminister(innen) und Senator(innen) speziell für in den Themenfeldern Arbeit und Soziales. Nachdem Stefan Grüttner den bisherigen Ressortchef Jürgen Banzer im Zuge der Kabinettsumbildung abgelöst hat, führt er nun als neuer Sozialminister den Vorsitz in der für November anberaumten Hauptkonferenz in Wiesbaden.

Gesundheitspolitische Themen stehen im Mittelpunkt der Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Und auch in dieser Fachkonferenz übernimmt Hessen im kommenden Jahr die Federführung. Die Geschäftsstelle der GMK wird dann vom Hessischen Sozialministerium übernommen und richtet die Amtschefkonferenz (Runde der Staatssekretär/innen) wie auch die Ministerkonferenz aus. Nachdem in 2010 ein Votum für „kleinräumige“ und „flexible“ Bedarfplanung gefasst wurde, steht das Thema im Sommer 2011 sicherlich erneut auf der Agenda der Ressortverantwortlichen.