DGbV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

# Fakten Statements Termine

**Die DGbV fordert:**

# „Gesetzlichen Anspruch auf Förderung von Patientenkompetenz“

Damit die Versicherten ihre im SGB V geforderte gesundheitliche Mitverantwortung wahrnehmen können, müssen sie zunächst die Fähigkeit dazu erlangen. Deshalb sollte für sie ein gesetzlich garantiertes Recht auf entsprechende Hilfen wie zum Beispiel Patientencoaching eingeführt werden. Die DGbV fordert deshalb, einen solchen Rechtsanspruch im Sozialgesetzbuch zu verankern. Denn ein bürgerorientiertes Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen nützt letztlich allen: Patienten, Versicherten, Leistungserbringern, Krankenkassen, Industrie, Dienstleistern und nicht zuletzt der Volkswirtschaft.

>> Zu den wesentlichen Voraussetzungen für gute gesundheitliche Ergebnisse (Outcomes) gehören einerseits auf der Leistungsseite eine bedarfs- und bedürfnisgerechte medizinische Infrastruktur (Strukturqualität) sowie eine adäquate Prozessqualität, andererseits bei den Versicherten und Patienten die Befähigung (Empowerment), die Angebote des Systems sinnvoll zu nutzen und Verantwortung für die Erreichung der eigenen Gesundheitsziele zu übernehmen. Entsprechend legt der § 1 im SGB V fest:

*„Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“*

Welchen immensen Einfluss das Patientenverhalten nicht nur auf die Gesundheit sondern auch auf wirtschaftliche Ergebnisse hat, wurde erneut durch die Ergebnisse einer 2012 veröffentlichten Studie von Booz und Bertelsmann verdeutlicht, nämlich dass eine bessere Therapietreue von Patienten mit chronischen Erkrankungen helfen würde, Ausgaben und Produktionsausfälle in Höhe von insgesamt 38 bis 75 Milliarden Euro in Deutschland pro Jahr zu vermeiden. Allein für die Wirtschaft ließen sich mit einer optimierten Therapiebegleitung der Patienten bis zu 20 Milliarden Euro unnötige Kosten einsparen.[1]

Wie erlangen Patienten mit verhaltensabhängigen Krankheitsverläufen die Befähigung zur einer aktiven Rolle bei der Krankheitsbewältigung und zum informierten gesundheitlichen Selbstmanagement? Wie und wo finden die Patientinnen/Patienten, was sie brauchen? Wie vermeiden sie Irrwege im System? Wie können sie sich im komplexen und unübersichtlichen Gesundheitswesen orientieren?

Der Sachverständigenrat hat in seinem Sondergutachten 2012 angeregt, die Patientenbildung und Patientenedukation zu verbessern. Er empfiehlt deshalb, die Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte und didaktischer Strategien zu befördern. Denn trotz entgegengesetzter Proklamation basiere Patientenbildung vielfach noch auf herkömmlichen Strategien der „Schulung“, also der Aufklärung und Wissensvermittlung und schenke der Kompetenzförderung, also der Vermittlung von (Problemlösungs)-Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, zur Selbstmanagementförderung und zum Empowerment zu wenig Beachtung.

Viele Konzepte würden zudem vornehmlich der Outsider-/Expertenperspektive folgen und der Patientenperspektive und den sich aus Sicht der Erkrankten stellenden Problemen zu wenig Aufmerksamkeit schenken. Ähnliches gelte für Erkenntnisse darüber, in welchen Phasen des Krankheitsverlaufs welche Interventionsart angezeigt ist, wann etwa Patienten und Nutzer aufnahmebereit für Information sind, wann sie für Bildung und Edukationsangebote aufgeschlossen sind und in welchen Phasen sie eher pro-

1: Booz&Company/Bertelsmann-Stiftung (2012): Effekte einer gesteigerten Therapietreue - Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens

2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:3.3 Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs. In SVR-Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Kurzfassung Seite 45 ff)

## Kommentar



Dr. John N. Weatherly
Präsident der DGbV

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

zunächst einmal hoffe ich, dass Sie das Jahr 2013 gut angefangen haben und wünsche Ihnen persönlich Gesundheit und Erfolg.

Im Wahljahr 2013 werden wir sicher noch von der einen oder anderen Gegebenheit überrascht werden und man muss hoffen, dass es für die gesundheitspolitisch notwendigen Entwicklungen keinen Stillstand gibt, denn das lassen die derzeitigen Problemlagen nur schlecht zu.

Das Patientenrechtegesetz ist im November 2012 durch den Bundestag verabschiedet worden - enthält aber leider viel zu wenig von dem was wir uns gewünscht hätten - nämlich Bürgerorientierung!

Mit herzlichen Grüßen

**Dr. John N. Weatherly**
**DGbV-Präsident**

## Termine

**AG Versorgungsanalysen**
Thema: Analysen am Beispiel „Diabetisches Fußsyndrom“ - Daten: Typen, Quellen, Verfügbarkeit / Strukturierte Diskussion anhand definierter Analysefragen
Leitung: Ch. Luley, Ch. Traupe
20. Februar 2013, 10:00 – 16:00 Uhr

**AG Patientencoaching Plus**
Thema: „Patientenorientiertes Medikationsmanagement“ (Prof. Dr. Marion Schaefer)
Leitung: R. Pourie, Dr. K. Meyer-Lutterloh
19. März 2013, 10:30 – 16:00 Uhr

**AG Versorgungsprozesse**
Leitung: M. Knetsch
11. April 2013, 11.00 – 15.00 Uhr

**Achtung Vorankündigung!**
**Forum Pflegenotstand im reichen Deutschland? Situation der Pflege in Ost und West?**
27. Februar 2013, 09:30 – 16:30 Uhr

**3. DGbV-Zukunftskongress**
Der Bürger im deutschen Gesundheitswesen
Perspektiven im Wahljahr 2013
24. April 2013, 09:30 – ca. 16:45 Uhr

**Ort: NEWSTAND Management-Akademie**
**14052 Berlin, Heerstraße 12 - 14**

tektive Unterstützungsstrategien benötigen. Schließlich bedürfe es intensiverer Beachtung, dass ressourcenschwache Patientengruppen neben Information und Bildung ergänzend Begleitung, Coaching und Case Management benötigen.[2] <<

## Angemerkt

§ 1 SGBV in der Fassung vom 21. Juli 2004:

**Solidarität und Eigenverantwortung**

*„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken."*

Die Krankenversicherung hat also den Hut auf, was unseren bürgerlichen Gesundheitszustand angeht. Aber, wir die Bürger und Versicherten tragen eine gesetzlich verankerte Mitverantwortung. Wir sollen durch eine durchdachte Lebensführung (gesundheitsbewusst), durch frühzeitige Versorgungsmaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Behandlung und Rehabilitation - Krankheit und Behinderung - beseitigen oder vermeiden.

Den Krankenversicherungen wird hierzu die Rolle des Aufklärers, Beraters und Begleiters auf diesem Wege zugewiesen. Ein inhaltlich absolut guter Gedanke, doch wie geht die durchschnittliche Krankenkasse damit um? Hier wären deutlich mehr Aktivitäten vom Krankenversicherer zu erwarten und zu fordern.

Wie gehen die Versicherten damit um. Sie halten sich nicht - ohne Sanktionen- an solche Gedanken und Vorgaben. Sie sind überwiegend ohne Anleitung und Coaching oder stetige Erinnerung - nicht Willens - solchen Vorgaben zu folgen.

Die Wichtigkeit scheint vom Gesetzgeber erkannt zu sein, von der Bevölkerung aber nicht aufgenommen zu sein. Also ergo ist, der Krankenversicherer in seiner vom Gesetzgeber ihm zugewiesenen Rolle, mindestens genauso inaktiv wie die Versicherten selbst.

Hier brauchen wir dringend mehr Aktivierung und Bürgerbeteiligung.

## Vision und Mission der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV)

Die Vision und Mission der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (siehe Kasten) setzt auch auf die Rolle der Bürger als Versicherte und Patienten- und zeigt Lösungsschritte auf: Sichtweisen verändern – informieren – befähigen –beteiligen:

**Was wir wollen:** Wir wollen die Sicherung einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung durch mehr Bürgerorientierung - zum Wohl und Nutzen für alle Beteiligten

**Bürgerorientierung bedeutet**,

- das Gesundheitswesen am Bedarf und den Bedürfnissen der Bürger auszurichten
- die Bürger zum aktiven und mitverantwortlichen gesundheitlichen Handeln zu befähigen (Empowerment)
- die Bürger an gesundheitsrelevanten Entscheidungen auf allen Systemebenen zu beteiligen (Partizipation)

**Die Schritte dorthin**

- Sichtweisen aller Beteiligten verändern - im Sinne einer bürgerorientierten Haltung
- Informationen und Wissen vermitteln - Transparenz herstellen
- Gesundheitskompetenz und Fähigkeit zum individuellen Handeln fördern
- Beteiligung ermöglichen

**Unsere Aufgabe**

- Dafür sind wir Think Tank und Anwalt - mit zukunftsorientierten und tatkräftigen Mitstreitern aus allen Bereichen.

### Der Bürger im deutschen Gesundheitswesen - Perspektiven im Wahljahr 2013

# 3. DGbV-Zukunftskongress

Ein bürgerorientiertes Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen nützt allen: Patienten, Versicherten, Leistungserbringern, Krankenkassen, Industrie, Dienstleistern und nicht zuletzt der Volkswirtschaft. Welche Initiativen müssen vom Gesetzgeber, vom G-BA, von den Gesundheitsberufen und von den Patienten selber ausgehen, damit die Voraussetzungen hierfür verbessert und immer noch vorhandene Defizite im Versorgungsmanagement abgebaut werden? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die politischen Parteien mit Blick auf die neue Legislaturperiode? Diese Fragen geht der 3. DGbV-Zukunftskongress nach.

>> Ob Josef Hecken (G-BA-Vorsitzender), Regina Feldmann (KBV-Vorstand) oder Michael Weller (GKV-Spitzenverband) und viele andere mehr. Auf dem 3. DGbV-Zukunftskongress diskutieren Meinungsführer aus Selbstverwaltung, Kassen und Ärzteschaft über drängende Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland:

- Die Zukunft der DMP bei der Steuerung des Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen
- Die Rolle der Hausärzte in einem bürgerorientierten Versorgungsmanagement - Status quo und Zukunftsperspektiven
- Die Rolle der Krankenkassen in einem bürgerorientierten Versorgungsmanagement – Status quo und Zukunftsperspektiven
- Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten in einem bürgerorientierten gesundheitlichen Gesundheitswesen

Der Vortragsreigen wird durch eine Podiumsdiskussion mit Abgeordneten aller im Bundestag vertretenen Parteien ergänzt. Das Motto: „Zukunft der Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Was planen die Parteien für die nächste Legislaturperiode?"

Weitere Informationen zu Programm, Preisen und Anmeldevordrucke finden Sie auf der DGbV-Website **www.dgbv-online.de**. <<

**Veranstaltung der Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement**

# Integrierte Versorgung in Deutschland

Wie steht es aktuell um die Selektivverträge, insbesondere um die integrierte Versorgung? Zu dieser Fragestellung hatte die Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement Antje Domscheid vom Bundesversicherungsamt, Birgit Dziuk von der Deutschen BKK, Karin Agor von der Knappschaft-Bahn-See und Burkhard Bratzke vom Medi-Verbund Berlin eingeladen.

>> In der Begrüßung zeigte der stellvertretende AG-Leiter Rudolf Bals noch einmal die Ziele der Arbeitsgruppe auf. Diese waren, eine Plattform für alle Beteiligten zu bilden, innovative Ansätze für die Gestaltung von Mehrwertverträgen zu entwickeln, Stellungnahmen und Vorschläge für die Gesetzgebung erarbeiten, Transparenz zur Weiternutzung vorbildlicher Vertragsentwürfe zu schaffen und Fachtagungen in diesen Themenfeldern zu organisieren.

Insgesamt kann sich die Bilanz der Arbeitsgruppe seit Herbst 2010 sehen lassen: Inklusive dieser Veranstaltung kamen zu 8 AG-Sitzungen ca. 120 Teilnehmer und hörten die Vorträge von 20 kompetenten Referenten, in denen wichtige Erkenntnisse über die Motive und Interessen der Player gewonnen wurden. Dazu gehört, dass das Bestreben nach Transparenz von Selektiv-Verträgen einige Hürden zu überwinden hat. Die Sichtbarmachung des Nutzen für den Bürger, Versicherten und Patienten ist schwierig und kommt oft zu kurz.

Antje Domscheit vom Bundesversicherungsamt gab dann einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen, den gesetzlichen Auftrag des Amtes und die Erfahrungen der Aufsicht bei der Prüfung von Verträgen der Integrierten Versorgung.

Die Dauer des Prüfverfahrens im BVA bis zu einer möglicher Beanstandung betrage acht Wochen - ohne Möglichkeit der Unterbrechung der Frist durch Rückfragen bei der Kasse. Die Schritte im Einzelnen:

- Vollständige Vertragsübersendung mit allen Anlagen und Unterschrift an das BVA (§ 71 Abs. 4 SGB V)
- Anzeigepflicht mit Vertragsübersendung an die jeweilige Landesaufsichtsbehörde(n) (§ 71 Abs. 5 SGB V). Dabei sind je nach Wirkungskreis der Verträge bis zu 16 Aufsichten zu beteiligen.
- Die Landesaufsicht/en werden danach zur Stellungnahme aufgefordert. (§ 71 Abs. 4 S. 2 SGB V)
- Nach Möglichkeit Anhörung der Kassen zu Rechtsverstößen. Hierauf kann allerdings nach § 24 Abs. 1 Nr. 2 SGB X verzichtet werden. Ist der Vertrag zu heilen, wird der Kasse die Möglichkeit gegeben, den Vertrag anzupassen.
- Herstellen des Benehmens zwischen BVA und Landesaufsicht/en. Im Falle einer Beanstandung durch das BVA (§ 71 Abs. 4 S. 4 SGB V) ist ein Einvernehmen nicht erforderlich
- Rechtsfolge der Beanstandung durch das BVA: Der Vertrag wird suspendiert und darf nicht umgesetzt werden. Die Drittbetroffenheit der Leistungserbringer führt nach Meinung des BVA aber nicht zu Klagerecht gegen den Beanstandungsbescheid

Fazit aus Sicht des BVA: Wirklich innovative Leistungskonzepte oder Einsparungen fanden sich bei den Prüfungen selten. Die Neuen Bundesländer wurden bei Selektivvertragsabschlüssen eher vernachlässigt. Große Kassen haben ein deutlich größeres Angebot an Selektivverträgen.

Die Zwischenbilanz: 450 Vertragsanzeigen seit März 2012, 17 Beanstandungen nach § 71 Abs. 4 S. 4 SGB V, 80 Aufsichtsverfahren nach §§ 89 ff. SGB IV. Zwischen BVA und Landesaufsichten fanden intensive Abstimmungsprozesse statt. Mit den Verbänden und Kassen wurden Dialoge zur Abstimmung des Verfahrens geführt. Frau Agor appellierte schließlich an die Vertragspartner, das Angebot präventiver Vertragsprüfung schon im Vorfeld vor Unterzeichnung der Verträge zu nutzen.

Burkhard Bratzke, Medi-Verbund Berlin, weckte gar nicht so leise Zweifel am Sinn der Selektiv-Verträge. Insbesondere für seine Facharztgruppe (Dermatologie) seien IV-Verträge nahezu uninteressant, da es sich um eine ambulante Vollversorgung handelt und die teureren Arzneimittel alternativlos sind. Selektivverträge verursachen seiner Auffassung nach zusätzlich Kosten und Arbeit, ohne einen messbaren Nutzen zu generieren. Sein Fazit aus der Sicht des Niedergelassenen: Alternativen zu IV-Verträgen sind interessanter.

Birgit Dziuk, Deutsche BKK, sah durchaus auch Chancen für IV-Verträge in der Zukunft, machte aber auch klar, dass das System nach wie vor das Bemühen um Kranke weniger honoriert als die Akquise von Gesunden. Die Besserversorgung von Chronikern gefährde die Überlebenschance einer in dieser Hinsicht engagierten Krankenkasse. Infolge der Systematik von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA entstünden massive Nachteile für Kassen mit alten und kranken Versicherten. Der Wettbewerb um Gesunde und Prämienausschüttungen entzögen dem System finanzielle Mittel für das Versorgungsmanagement und die Vergütungen an Ärzte und Therapeuten. Die Gewinnung und Versorgung von kranken Versicherten verschaffe einer Kasse mindestens Liquiditätsnachteile. Dennoch konzentriere sich die Deutsche BKK ganz bewusst auf dieses hochethische Zielfeld. Perspektivisch seien Versicherung und Versorgungssteuerung mit Vertrauenskultur und Wegfall von Budgets nötig.

Karin Agor von der Knappschaft Bahn/See stellte fest, dass die mangelnde Risikobereitschaft bei manchen Akteuren ein wichtiger Hemmschuh sei und zitierte in diesem Zusammenhang aus dem Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:

*„...Die derzeit stagnierende Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren, geht maßgeblich auf finanzielle Erwägungen über die aus ihrer Sicht unsichere Rendite solcher Vorhaben zurück. Den teilweise erheblichen Anfangsinvestitionen in den Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen stehen erst später mit hoher Unsicherheit behaftete Erträge gegenüber, sodass in den Anfangsjahren zunächst ein Ausgabenüberschuss droht ...“*

Seit 2009 habe es zahlreiche Vertragskündigungen wegen Wegfall der Wirtschaftlichkeit bei fehlender Anschubfinanzierung gegeben. Einige Verträge seien noch vor dem 31.12.2011 geschlossen worden. Ansonsten: „Warten auf Godot“. Seit Rundschreiben des BVA im März 2012 sei faktisch ein Stillstand eingetreten, denn Wirtschaftlichkeit zeige sich erst im Nachhinein durch Controlling aller relevanter Daten. Eine Budgetbereinigung könne ebenfalls erst im Nachhinein erfolgen, da die Teilnahmequote anfangs unklar sein. Weitere Fragen seien offen: Müssen alle Patienten alle Sektoren durchlaufen? Wie steht es mit der Ausschreibungspflicht? Wie passt eine Genehmigung der Aufsichtsbehörde auf Länderebene zu einer Beanstandung auf Bundesebene? Ist eine neue Prüfung bei Beitritt weiterer Kassen nötig? Wer misst wie die Qualitätsverbesserung?

Selektivverträge seien bisher noch keine „ei-

erlegende Wollmilchsau“. Beachtenswert seien aber die Vorschläge des Sachverständigenrates für die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen: eine Befristung der Förderung auf fünf Jahre, eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte, eine verpflichtende und systematische Evaluation, die zur Bewertung der Ergebnisse eine adäquate Kontrollgruppe sowie Outcome-Indikatoren einschließt, sowie eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und solchen, die den bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen einbeziehen, schließlich als finanzielle Anreize weniger laufende Mittel aus dem Gesundheitsfonds als vielmehr zinsverbilligte Darlehen aus einem Kapitalfonds.

In der anschließenden Diskussion unter der Leitung von Karsten Köhler kam zum Ausdruck, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Wesentlichen ausreichend sind, häufig aber die Risikobereitschaft zu wünschen übrig lässt, Modellvorhaben zu langsam zu Ergebnissen führen und IV-Verträge vielfach finanziell zu große Risiken bergen. Dem Informationsbedarf der Versicherten über Vertragsdetails werde häufig nicht ausreichend Rechnung getragen. Dies gelte auch für die Offenlegung der Ergebnisse. Soll es mit der integrierten Versorgung weiter gehen, brauchen alle Beteiligten mehr Mut im Bemühen um die neuen Vertragsformen, die letztendlich den Patienten zugutekommen sollen. <<

von: Rudolf Bals / Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

| **Programm und Einladung zum Forum - Pflegenotstand im reichen Deutschland? Situation der Pflege in Ost und West?** | |
|---|---|
| 09:30 - 10:00 | Empfang, Registrierung der Teilnehmer, Begrüßungskaffee |
| 10:00 - 10:15 | Begrüßung<br>**Dr. John N. Weatherly**, Präsident der DGbV |
| 10.15 – 11.00 | Die spezielle Situation der Pflege im Altersbereich **Prof. Dr. Hans Gutzmann**, Präsident Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und - psychotherapie |
| 11.00 – 11.45 | **Ambulant vor Stationär – funktioniert das?**<br>**Ulrich Dietz**, Bundesministerium für Gesundheit |
| 11.45 – 12:00 | Kaffee- und Handypause |
| 12.00 – 12.30 | Anforderungen an die professionellen Player in Sachen Patientensicherheit<br>**Hedwig Francois-Kettner**, Pflegedirektorin Charité, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit |
| 12.30 – 13.00 | Spezielle Problematik „Demenz“ und Lösungsstrategieansätze<br>**Knut Bräunlich**, Geschäftsführer Alzheimer Gesellschaft Sachsen e.V. |
| 13.00 – 14.00 | Mittagspause |
| 14:00 – 14.30 | Ausbildungssituation in der Pflege, Akademisierung - Auswege aus der Misere (unter besonderer Berücksichtigung der Neuen Bundesländer)<br>**Anja Kistler**, DBfK Nordost e.V. |
| 14.30 – 15.00 | Bericht aus dem realen Pflegealltags-Wahnsinn<br>**Ute Bluhm**, Geschäftsführerin VITA care – Die ambulante Pflege gGmbH |
| 15.00 – 15:30 | Notwendigkeit von Patientenlenkung und Coaching (Ressourcen- und Aktivitätsorientiert) **Ralf Pourie**, Vizepräsidentder DGbV |
| 15.30 – 16.30 | Interaktive Podiumsdiskussion „Die gefundenen Lösungsstrategien“<br>Was ist innerhalb des Gesundheitswesens mittel- und langfristig zu organisieren?<br>Forderungen an die „Entscheider“<br>Verbindlicher Transfer der Lösungsansätze - an wen?<br>Moderation: **Dr. John N. Weatherly** |
| 16.30 | Ende der Veranstaltung |
| Ort | NEWSTAND Management Akademie Berlin, Heerstraße 14, D - 14052 Berlin |
| Infos | www.dbgv-online.de |


# Was bietet eine Mitgliedschaft bei der DGbV?

- Arbeitsplattformen zur Entwicklung und Begleitung neuer Konzepte für ein effizienteres Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen
- Aktive Teilhabe an einem klar strukturierten Verband, der sich an der Komplexität des Gesundheitswesens orientiert
- Einbeziehung aller relevanten Akteure und Nutzer des Gesundheitssystems in die Verbandsarbeit
- Lerneffekte und Wissensgewinn in kreativen Arbeitsgruppen
- Kontakte und Erfahrungsaustausch mit Akteuren und Nutzern des Gesundheitswesens im Netzwerk der Gesellschaft
- Eine mediale Plattform, über die Themen und normgebende Aspekte des Verbandsschaffens fortlaufend publiziert werden

DGbV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

☐ **Ich interessiere mich für die Mitgliedschaft**

Per Fax bitte schicken an:
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV)
Heerstraße 12 - 14; 14052 Berlin
Tel: +49 30 - 45 47 54 66 Fax: +49 30 - 45 47 58 01
Oder mailen Sie formlos an: geschaeftsstelle@dgbv-online.de

**Name/Vorname** _____

**Aufgabe/Funktion** _____

**Firma/Organisation** _____

**Straße** _____

**PLZ Ort** _____

**E-Mail** _____

**Datum** ____. ____. **2013**

**Unterschrift** _____