DGbV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

Erste Erfahrungen über die Umsetzungspraxis des AMNOG

Thesenpapier der DGbV-Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung

Das grundlegende Ziel des AMNOG ist es, eine Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit zu finden. Insbesondere bei neuen Wirkstoffen sollen Preise in enger Korrelation zum patientenrelevanten Zusatznutzen gefunden werden. Ab 2014 müssen 1,4 Mrd. Euro über Preisverhandlungen eingespart werden, weil dann das dreijährige Preismoratorium und der auf 16 % erhöhte Zwangsrabatt auf patentgeschützte Arzneimittel auslaufen.

>> Die DGbV stellt eine grundsätzliche Übereinstimmung mit den deklarierten Zielen des AMNOG fest. Nach über einem Jahr der ersten Erfahrungen mit diesem hochkomplexen frühen Bewertungsverfahren ist sicher die Lern- und Optimierungsphase längst noch nicht beendet. Mit fast jedem neuen Verfahren bauen sich wieder neue oder andersartige Hürden auf, die zu überwinden sind.

An einem langen Bestand dieses neuen frühen Bewertungsverfahrens besteht aber kaum Zweifel. Insbesondere die Politiker und maßgebliche Vertreter der Selbstverwaltung gehen davon aus.

Zwei Aspekte sind zunächst festzuhalten:

Die Hersteller der neuen Wirkstoffe die derzeit und in nächster Zukunft mit der Frühbewertung zu tun haben, hatten zum Zeitpunkt der Planung der klinischen Studien die veränderten Anforderungen des AMNOG nicht voraussehen können. Dieser Nachteil wird erst in ca. fünf Jahren keine Relevanz mehr haben.

Zum anderen ist der Lerneffekt in dieser frühen Phase der Umsetzung des Gesetzes enorm hoch. Der Umgang miteinander in Beratungsgesprächen und Anhörungen wird gelernt und verbessert sich stetig. Das hatte aber teilweise für die in 2011 früh betroffenen Hersteller den Nachteil, dass sie sich nicht an Vorerfahrungen orientieren konnten. Der Gesetzgeber hat nun aber dafür gesorgt, dass pharmazeutische Hersteller, bei allen bis Ende 2012 veröffentlichten Nutzenbewertungen jederzeit auch ohne Vorliegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine erneute Nutzenbewertung beantragen können, wenn der Zusatznutzen wegen unvollständiger Angaben im Dossier als nicht belegt galt.

Zwischen dem G-BA und den Herstellern strittige Themen sind noch immer vor allem die zweckmäßige Vergleichstherapie und die Endpunkte.

Es zeigt sich mittlerweile, dass der G-BA - die Instanz, die letztlich die Verantwortung für die Frühbewertung trägt - die Bewertungen des IQWiG nicht immer 1:1 übernimmt.

Bei der Einführung des AMNOG hatte die Politik zugesagt, dass den Patienten auch weiterhin innovative Medikamente zeitnah zur Zulassung zur Verfügung stehen werden. Allerdings sind bisher viermal Medikamente vom Hersteller zurückgezogen worden bzw. trotz Zulassung noch nicht eingeführt worden (Opt-outs).

Aus diesem Grunde empfiehlt die DGbV den beteiligten Akteuren, in einen prozessbegleitenden Dialog einzutreten bzw. diesen kontinuierlich weiterzuführen, um rechtzeitig korrigieren zu können, wenn abzusehen ist, dass gewünschte Ziele nicht erreicht werden bzw. unerwünschte Folgen abzuwenden sind.

Insgesamt 27 Verfahren der frühen Nutzenbewertung sind abgeschlossenen. Bei ca. 2/3 der Wirkstoffe wurde ein Zusatznutzen unterschiedlichen Ausmaßes festgestellt, die höchste Stufe eines „erheblichen" Zusatznutzens wurde noch nicht erteilt.

Bei drei Präparaten ohne festgestellten Zusatznutzen wurden zwei Festbetragsgruppen zugeordnet. Vier Präparate wurden von der Dossierpflicht freigestellt.

Bei zwei Wirkstoffen sind auch die Erstattungspreisverhandlungen mit einem Ergebnis beendet worden. Es handelt sich um den Thrombozytenaggregationshemmer Ticagrelor und einen Wirkstoff (Pirfinedon) zur Behandlung einer seltenen Krankheit (Lungenfibrose).

Neben den festgelegten Erstattungspreisen wurde beiden Präparaten auch das Prädikat „Praxisbesonderheit" erteilt, wenn Ärzte es bei den definierten Patientengruppen anwenden, denen bei der frühen Nutzenbewertung ein Zusatznutzen zuerkannt wurde.

Für die Erstattungspreisfindung nach AMNOG gibt es keinen Algorithmus. Neben dem festgestellten Zusatznutzen, dem Ausmaß des Zusatznutzens und der therapeu-

Kommentar



Dr. John N. Weatherly
Präsident der DGbV

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich hoffe, Sie hatten einen erholsamen Sommerurlaub.

Wir definieren immer mehr und neue Qualitätsansprüche in der Behandlung und besonders in der Pflege von Menschen in Deutschland unter Außerachtlassung der tatsächlichen Personalressourcen-Realität.

Landauf, landab herrscht ein gravierender Arbeitskräftemangel in der Pflege, vor allem im ambulanten Bereich, und es sind keine Lösungswege in Sicht.

Ebenso lässt die Einsicht der verantwortlichen Politiker und Leistungserbringer, in die Bürgerorientierung zu investieren, die uns als Gesellschaft so sehr am Herzen liegt, sehr zu wünschen übrig. Es ist offensichtlich immer noch nicht erkannt worden, dass hier die qualitative und quantitative Lösungsstrategie unseres betriebswirtschaftlichen Problems im Gesundheitswesen schlummert und dass durch das gezielte Einsetzen der Bürger mit ihrer eigenen Verantwortlichkeit bei ihrer Erkrankung vieles einfacher und effizienter und damit kostengünstiger werden würde, als es bisher ist.

In diesem bürgerorientierten Sinne mit besten Grüßen aus Berlin

Dr. John N. Weatherly
DGbV-Präsident

Termine

AG Patientencoaching
Leitung: R. Pourie, Dr. K. Meyer-Lutterloh
16. Oktober 2012, 10.00 - 16.00 Uhr
Thema: „Vom Patientencoaching zu integrierenden patientenorientierten Health Management Lösungen"

AG Telematik zur Patientenselbststeuerung
Leitung: Prof. Dr. Th. Wolf, M. Deters
17. Oktober 2012 10.30 - 16.00 Uhr
„Regulatorische Rahmenbedingungen der TzP"

AG Versorgungsanalysen
Leitung: Ch. Luley, Ch. Traupe
06. November 2012 10.00 - 16.00 Uhr
Konstituierende Sitzung

AG Versorgungsprozesse
Leitung: Monika Knetsch, Sabine Lösment
27. November 2012, 14.00 - 18.00 Uhr
Thema: „Versorgungsprozesse im Managed Care-Zeitalter"

AG Vertrags- und Finanzierungsmanagement
Leitung Dr. J. N. Weatherly, R. Bals
5. Dezember 2012, 13.00 - 17.00 Uhr
Thema: „Integrierte Versorgung in Deutschland - Status quo des Vertragswesens Ende 2012"

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

tischen Bedeutung spielen gute Argumentation und Verhandlungsgeschick eine Rolle.

Bei der faktischen Umsetzung der Erstattungspreise hapert es noch. Hier sind BMG und die Akteure gefordert, schnellstens Klarheit zu schaffen, insbesondere auch im Interesse der Privatpatienten, der Selbstzahler und der Offizin-Apotheker.

Auch die Schiedsstelle wurde schon angerufen, weil sich der GKV-SV und die Hersteller bei Erstattungspreisgesprächen nicht einigen konnten. Der erste Schiedsspruch wurde im Juli für ein Medikament für die Augenheilkunde (Bromfenac) gesprochen, dem aus formalen Gründen (fehlendes Dossier) kein Zusatznutzen zugesprochen worden ist und das nicht einer Festbetragsgruppe zugeordnet wurde. Das zweite Schiedsstellenverfahren hat gerade für ein Hepatitismittel (Boceprevir) begonnen.

Der sogenannte Bestandsmarkt kommt nun auch erstmals in das Blickfeld der Regulierungsinstitutionen.

Mit dem Aufruf der modernen Antidiabetika der Gliptine geht man nun zumindest den jungen Bestandsmarkt an. Der Beschluss des G-BA sieht vor, dass die pharmazeutischen Unternehmen die entsprechenden Dossiers bis zum 31. Dezember 2012 vorlegen und die Nutzenbewertung der Wirkstoffe am 1. Januar 2013 beginnt.

Es ist sicher noch viel zu früh, um festzustellen, wie sich das AMNOG für Patienten auswirkt und ob sie weiterhin frühen Zugang zu Innovationen haben werden. Deshalb sollten die Auswirkungen der neuen Gesetzgebung kontinuierlich kritisch begleitet werden.

Es ist auch zu früh um festzustellen, wie sich die offensichtliche Transparenz der Erstattungspreise in Deutschland auf die Länder auswirkt, die bisher Deutschland als Referenzland hatten.

Zu wünschen ist, dass die beteiligten Akteure sach- und dialogorientiert und zum Nutzen der Patienten stets einen fairen Interessenausgleich erreichen und die neuen Voraussetzungen als Chance für die Weiterentwicklung eines modernen Gesundheitssystems in Deutschland begreifen, das den Patienten auch zukünftig Innovationen zeitnah zur Verfügung stellt. <<

Bericht vom Forum „Finanzausgleich" der DGbV-Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement:

Wie gerecht ist der Finanzausgleich in der GKV?

Wer profitiert vom Morbi-RSA und wer ist benachteiligt? Wie wirkt sich der Morbi-RSA auf die Versorgung der Patienten aus? Wie gerecht oder ungerecht ist der Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung? Die Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement der DGbV hatte am 22. August 2012 zu einem Forum eingeladen, um hierzu die Meinung von hochkarätigen Experten zu hören und mit ihnen diese Fragen aus Sicht der Bürger, Versicherten und Patienten unter der Moderation des DGbV-Präsidenten Dr. John N. Weatherly zu diskutieren. Als Referenten waren Dr. Dirk Göpffarth vom Bundesversicherungsamt, Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost, und Andrea Galle, Vorstandsvorsitzende der BKK VBU, eingeladen worden.

>> Um das ernüchternde Fazit vorwegzunehmen, „Gerechtigkeit", wie immer man diese auch definieren mag, ist nicht das Ziel des Morbi-RSA, sondern eine sachgerechte, sprich risikoadäquate Zuweisung von Finanzmitteln an die Krankenkassen, um deren Krankheitsstruktur besser als vor der Reform 2009, also zu Zeiten des „alten" RSA, abzubilden. Der Gesetzgeber wollte, so Dr. Dirk Göpffarth „... einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenkassen [...] ermöglichen, der zur Verbesserung der Qualität der Versorgung [...] und der Wirtschaftlichkeit führt." (BT-Drs. 14/6432, S. 14). Er wies darauf hin, dass der Risikostrukturausgleich, wie die Bezeichnung schon sagt, „Risiken ausgleicht", nicht etwa Ausgaben oder Aufwand und dass er nicht den Kosten der Krankheit, sondern dem finanziellen Risiko der durch Patientenzuordnung gebildeten Risikogruppen entspricht. Auch sollten die Zuweisungen auf der Ebene der Krankenkassen, aber nicht auf der Ebene der einzelnen Versicherten möglichst zielgenau erfolgen.

Ein freier Wettbewerb würde risikoäquivalente Prämien voraussetzen. Da in der GKV Kontrahierungszwang und Verbot risikoäquivalenter Prämien gelten, entsprechen die Einnahmen der Krankenkassen nicht dem versicherten Risiko. Dies aber stellt einen Anreiz zur Risikoselektion dar. Vor 2009 lohnte es sich deshalb für eine Krankenkasse, wenn sie möglichst viele junge und gesunde Personen versicherte. Um dies weitgehend einzuschränken, simuliert der Morbi-RSA risikoäquivalente Prämien für die GKV.

Die BKK-VBU-Chefin Andra Galle zählte in dem Zusammenhang „zulässige Fragestellungen" auf: Ist die Ausgleichssystematik sachlich und mathematisch korrekt? - Wenn das Modell korrekt ist, ist es auch gleichzeitig in der Realität anwendbar? - Kann ein Modell korrekt sein, wenn es unvollständig ist? - Sind nur 80 Krankheiten als Basis sachgerecht? - Kann das Rechenergebnis eines Modells in der Realität korrekt sein, wenn die Beschaffung der Datenbasis unter immensem Aufwand und in zu knappen Fristen erzeugt wird? Führt das nicht zur Fehleranfälligkeit? - Welche Auswirkung haben verschiedene Aufsichtsinstitutionen mit möglicherweise unterschiedlichen Auffassungen zur Einhaltung der Wettbewerbs- und Verfahrensregeln auf das Wettbewerbsinstrument? Und sie wies auf folgende Problemkreise hin:

- der Ursprungsgedanke basiert auf Solidarität, die Solidargemeinschaft ist aber unvollständig,
- paritätische Beitragszahlung, aber die Arbeitgeber werden dabei entlastet,
- keine sachgerechte Berücksichtigung regionaler Unterschiede.

Auch unter den Bedingungen des „neuen" RSA sind Versorgerkassen weiter im Nachteil, darüber waren sich die Kassenvertreter einig. Dazu führen auch exogene Faktoren auf der Nachfrageseite wie unterschiedliche Morbiditätsindikatoren und sozioökonomische Risikofaktoren (z.B. Anteil der Arbeitslosen und Migranten, Anteile der Versicherten nach Einkommensklassen und Bildungsniveau) sowie auf der Angebotsseite (z.B. kostenintensive medizinische Infrastruktur, staatliche Gebührenordnungen, Ergebnisse von Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, Inanspruchnahmeverhalten).

Der Morbi-RSA ist als lernendes System angelegt und soll weiterentwickelt werden. In einem Gutachten, zu dem der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes

Weiter auf Seite III

2010 beauftragt wurde, sollten weitere Entwicklungsfelder identifiziert werden. Dieses Gutachten stellte anhand der Zahlen des Schlussausgleichs 2009 weiteren Korrekturbedarf fest.

Eines der Probleme ist dabei der sogenannte „Methodenfehler" bei den Zuweisungen für Verstorbene. Da die Zuweisungen an die Krankenkassen für diese Patienten nicht dem Versorgungsbedarf im Sterbejahr entsprechen, haben Krankenkassen mit einem hohen Anteil älterer Patienten, die im jeweiligen Sterbejahr höhere Kosten verursachen, einen Nachteil bei den zugewiesenen Finanzmitteln.

Eine Korrektur dieses Methodenfehlers bei der Ermittlung der Risikozuschläge für Krankheiten mit überdurchschnittlich hohem Sterberisiko müsse unbedingt sofort analog dem BVA-Entwurf zum Klassifikationsmodell 2013 vom 27.07.2012 erfolgen, forderte der AOK-Chef Michalak. Die Mehrheit der Krankenkassen könne sich dabei nicht beklagen. Das sei aber noch keine „Reform".

Weitere Themenfelder zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA erfordern zunächst entsprechende Analysen und ggf. Datenerhebungen, bevor eine Anpassung vorgeschlagen werden kann. Hierzu gehören

- Zuweisungen für Krankengeld, sofern ein Modellvorschlag die Zuweisungsgenauigkeit verbessert (Gibt es dafür ein intelligenteres Modell?)
- Zuweisungen für Verwaltungskosten, das heißt ein Verteilungsschlüssel mit stärkerer Morbiditätsberücksichtigung
- Aufhebung der gesetzlichen Beschränkung bei der Anzahl der Krankheiten (bisher 50 bis 80)



Abb. 1: Frank Michalak (Vorstandsvorsitzender der AOK-Nordost) referiert auf dem DGbV-Forum „Finanzausgleich".

und die Fragen

- Soll ein (Hoch-)Risikopool wieder eingeführt werden?
- Soll der RSA um eine Regionalkomponente ergänzt werden (und wenn ja: wie sollte sie ausgestaltet werden)?
- Wie sollen mit Zuweisungen für Versicherte im Ausland umgegangen werden?

Die BKK-Vorstandsvorsitzende Galle warnte allerdings vor zu kurz gedachten oder einseitige Anpassungen, die dem System nur schaden würden: durch ein Ungleichgewicht bei der Verteilung, Finanzrisiken für die Kassen, daraus resultierende Versorgungsrisiken und -unsicherheit für die Versicherten sowie Unsicherheit auf Seiten der Leistungserbringer. Dies könnte letztlich zum Verlust der Akzeptanz bzw. der Reputation der GKV führen.

Die Referenten waren sich - wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung - darüber einig, dass es keinen perfekten RSA gibt. Vielmehr sei eine kontinuierliche Beobachtung und Verbesserung nötig. Es zeige sich, dass es einen hohen Bedarf an Weiterentwicklung gibt und dass das Interesse daran von vielen Seiten kommt: Kassenseite, Leistungserbringer, Versicherte/Patienten.

Göpffarth bescheinigte dem gegenwärtigen RSA, dass er aus seiner Sicht trotz einiger Mängel - auch im internationalen Vergleich - ausgereift sei. Der RSA sei ein Instrument um Wettbewerb in der GKV zu ermöglichen. Und Wettbewerb sei ein Mittel um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erreichen. Priorität sollte daher die Schaffung von Wettbewerbsparametern haben. In der Diskussion wurde allerdings von mehreren Teilnehmern bezweifelt, dass der Morbi-RSA wirklich für mehr Versorgungsqualität und Versorgungsgerechtigkeit sorge. Auch wurde die Frage aufgeworfen, ob der Morbi-RSA nicht eher dem Erhalt zu vieler Krankenkassen und weniger einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung diene.

Frau Galle wies darauf hin, dass es sich wohl inzwischen bestätigt habe, dass der Morbi-RSA Fehlanreize hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung setze. Leidtragende seien die Versicherten.

Sehr deutlich wurde Michalak mit Blick auf die Politik: Seit der Einführung des neuen Finanzierungskonstrukts „Gesundheitsfonds plus kassenspezifische Zusatzbeiträge" sei alles Denken und Handeln der Krankenkassen primär darauf ausgerichtet, so lange wie irgend möglich keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Dieses Verhalten sei absolut rational - das belegten die hohen Mitgliederverluste von Kas-

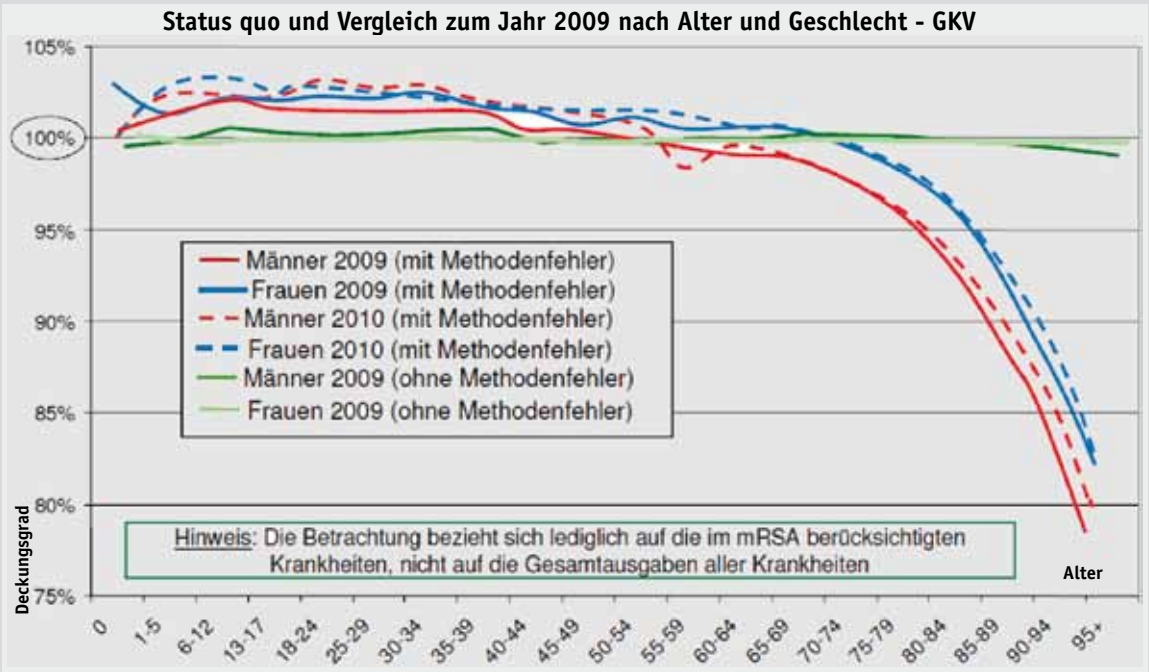


Abb. 2: Einen Vergleich des Deckungsgrades mit und ohne Methodenfehler zeigt die Abbildung „Status Quo und Vergleich zum Jahr 2009 nach Alter und Geschlecht". Quelle: AOK-Nordost auf Grundlage des 2009 Gutachtens 2010, G+S Artikel Dr. Göpffarth Seite 8.

sen mit Zusatzbeiträgen 2010/2011 (inklusive zwei Kassenschließungen).

Die Konsequenz daraus sei für die Krankenkassen, alle Aktivitäten, die kurzfristig zu zusatzbeitragsrelevanten Ausgaben führen könnten, auf ein Mindestmaß zu begrenzen - insbesondere auch Investitionen in neue Vertrags- und Versorgungsformen, deren „Erträge" im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht unmittelbar eintreten.

Und der AOK-Vorsitzende setzte noch eins drauf. Er las Jens Spahn die Leviten, der in einem Interview der „Ärztezeitung" vom 21.06.12 ausgeführt hatte: „Kassen haben doch große Freiheiten, wenn es um Art und Inhalt der Verträge geht. Sie nutzen diese Möglichkeiten leider nur viel zu wenig, ja geradezu fahrlässig wenig." Denn Spahn verkenne damit im derzeitigen System die Realitäten. Es sei nicht „fahrlässig", dass die Kassen die bestehenden Selektivvertragsoptionen derzeit kaum nutzen, sondern - leider! - wettbewerblich rational. Und er wurde noch deutlicher: Eine Beibehaltung des Methodenfehlers des RSA werde langfristig zu einem „Innovationskiller" bei Versorgerkassen anwachsen. Leidtragende seien die Versicherten.

Die in der Diskussion wiederholt angesprochenen Forderungen nach mehr Anreizen für Qualität, die beim Patienten ankommt, und nach qualitätsorientierten innovativen Versorgungsverträgen bekamen in dieser Veranstaltung einen deutlichen Dämpfer. <<

von: Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

Statement



Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

Kann ein Gesundheitswesen, das immer mehr von den Herausforderungen chronischer und verhaltensabhängiger Krankheiten geprägt ist, so weitermachen wie in der Vergangenheit? Der Sachverständigenrat hat bereits in seinem Gutachten 2000/2001 darauf hingewiesen, dass wir im 21. Jahrhundert neue Regeln für das System der Gesundheitsversorgung benötigen, bei dem „die Versorgung auf die Bedürfnisse und Werte des Patienten zugeschnitten ist". Die DGbV setzt sich mit dem gleichen Anliegen als Anwalt und „Think Tank" für ein mehr bürgerorientiertes Gesundheitssystem ein. Für Patienten, Leistungserbringer, Wissenschaft und Politik bedeutet das ein Umdenken und einen Perspektivewechsel. Was sind in diesem Kontext „patientenrelevante Endpunkte"? Wer definiert sie? Wie können Patienten dabei eingebunden werden? Diese Fragen, die auch die DGbV bewegen, sind Gegenstand des Fachkongresses „Der Endpunkt" von „Monitor Versorgungsforschung", der am 29. Oktober (s. S. 14) in Kooperation mit der DGbV stattfindet. Wir wünschen dieser Veranstaltung, die wegen des zukunftsweisenden Themas einen Meilenstein in der Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems definiert, eine rege Beachtung und Teilnahme.

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
(Vizepräsident der DGbV)

Strategietagung der DGbV:

„Think Tank"

>> In der Strategietagung der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV) im August 2012 in Berlin wurde Folgendes für die zukünftige gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit festgehalten.

- Wir sind Anwalt für die Gesundheit der Bürger.
- Dafür sind wir der „Think Tank" im deutschen Gesundheitswesen.

Wir wollen

- das Gesundheitssystem durch Bürgerorientierung verbessern,
- und alle Beteiligte in diesem Sinne aktivieren.

Um das zu erreichen

- handeln wir auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- entwickeln und initiieren Transferprojekte,
- nehmen wir Einfluss auf die Politik. <<

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 ____. ____. **2012**

Unterschrift _____