

Berlin, Oktober 2016

POSITIONSPAPIER 2016

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Zur Entwicklung der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung und Bedarfsplanung

- Executive summary -

Mit Blick auf die gesellschaftlichen Herausforderungen gewinnt die Frage, wie die sektoralen Beschränkungen beseitigt werden können, immer mehr an Bedeutung. Deutschland braucht dafür langfristige Konzepte. Das aktuelle Ziel der „**Verzahnung von Schnittstellen** im Gesundheitswesen“ enthält auch weiterhin Schnittstellen.

Die DGIV setzt sich für die **Beseitigung der Schnittstellen und somit der sektoralen Trennung** ein. In diesem Kontext sind die bestehenden sektoralen Strukturen zu überprüfen und neue integrierende Strukturen zuzulassen. **Veränderungen im Leistungserbringungsrecht des SGB V** sind hierfür unverzichtbar.

Darüber hinaus fordert die DGIV eine **konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“**. Letztlich ist dazu eine über die gesamte Versorgungskette gültige **Angleichung der unterschiedlichen Vergütungssysteme** in ambulanten und stationären Versorgungsbereichen erforderlich.

Der **Innovationsfonds** ist derzeit für die Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsformen **besonders wichtig**. Innovative Projekte können so unterstützt und – wenn sie sich bewährt haben – in die Regelversorgung übernommen werden. Auch der Ausarbeitung wissenschaftlicher Konzeptionen durch die **Versorgungsforschung** wird der Innovationsfonds mehr Anschlag verleihen.

Die **Bindung an den Grundsatz der Beitragsstabilität** sollte für Selektivverträge im **Schnittstellenbereich von ambulant und stationär** aufgehoben werden. Die DGIV schlägt vor, die **Budgetbereinigung** der ambulanten Selektivvertragsvergütungen in der Regelversorgung **als Kann-Bestimmung auszugestalten** und die stationäre selektivvertragliche Leistungserbringung in die Bereinigung mit einzubeziehen.

Das Anliegen des Gesetzgebers, der **Unterversorgung** im ambulanten Bereich durch Mobilisierung weiterer geeigneter und vorhandener Leistungserbringer zu **begegnen**, ist nachvollziehbar. Daneben sollten **vertragsärztlichen Leistungserbringern** ebenso **neue Betätigungsfelder im stationären Bereich eröffnet** werden.

Die **Kooperation von Krankenhäusern und Vertragsärzten** sollte stärker **liberalisiert und weiterentwickelt** werden. Der ursprünglich vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eingebrachte Vorschlag, einen **integrierten Leistungserbringer „Krankenhaus-Vertragsarzt-Verbund“** zuzulassen, wird von der DGIV unterstützt und erneut zur Diskussion gestellt.

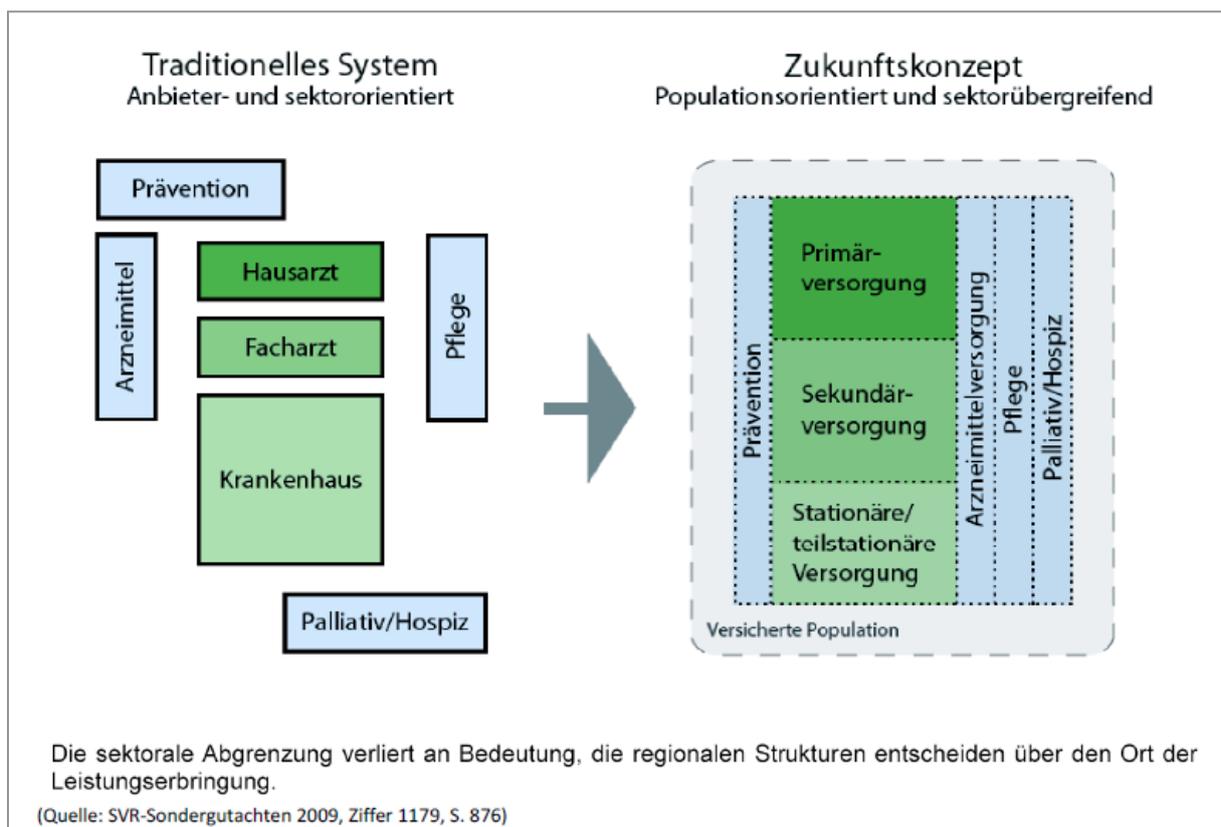
Für eine **funktionierende Selbstverwaltung** ist eine Voraussetzung die Beschränkung staatlicher Einflussnahme auf ein unbedingt notwendiges Maß. Nur wenn die Verwirklichung der hier vorzufindenden Gruppeninteressen und die daraus resultierenden Ergebnisse der Arbeit der Organe der Selbstverwaltung mit den Anforderungen der gesellschaftlichen Entwicklung nicht Schritt halten sollte, kann sich die Notwendigkeit ergeben, mit entsprechenden staatlichen Maßnahmen korrigierend einzugreifen.

Eine **Erhebung und Auswertung** der Arbeit und Ergebnisse **der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung** in den Ländern ist dringend erforderlich. Das BMG könnte u.a. den Sachverständigenrat gem. § 142 SGB V beauftragen, entsprechende Auswertungen vorzunehmen und Empfehlungen für die Arbeit von Bund und Ländern auf diesem Gebiet zu unterbreiten.

I. Abbau sektoraler Abgrenzungen

Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung werden bereits seit Jahren kontrovers diskutiert. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat auch der Gesetzgeber diese Themen wieder zum Gegenstand neuer gesetzlicher Regelungen gemacht. Insbesondere mit dem Innovationsfonds sollen neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die noch nicht Bestandteil der Regelversorgung sind, gefördert und entwickelt werden.

Bereits im Jahr 2009 hat der Sachverständigenrat Gesundheit ein populationsorientiertes Zukunftskonzept entwickelt, in dem im Gegensatz zum traditionellen, anbieter- und sektorenorientierten System die sektorale Abgrenzung immer mehr an Bedeutung verliert, da die regionalen Strukturen über den Ort der Leistungserbringung entscheiden.



Mit Blick auf die gesellschaftlichen Herausforderungen, die auch das deutsche Gesundheitswesen in den nächsten Jahrzehnten zu bewältigen hat, gewinnt die Frage, wie die sektoralen Beschränkungen beseitigt werden können, immer mehr an Bedeutung. Deutschland braucht eine längerfristige Konzeption, auf welchem Weg die sektorale

Trennung überwunden werden soll. Das gilt umso mehr, als bereits heute erkennbar ist, dass die Interessen und Standpunkte der am Versorgungsprozess Beteiligten bezüglich des zu beschreitenden Weges in vielen Punkten nicht übereinstimmen.

Mit dieser Stellungnahme will sich die DGIV in die dazu geführte Diskussion aktuell mit einbringen und zugleich dazu aufrufen, sich dieser anspruchsvollen Aufgabe in Politik und Versorgungsforschung stärker und konsequenter zu widmen.

II. Ziel der Verzahnung von Schnittstellen im Gesundheitswesen

Die Bundesregierung spricht sich vielfach – wie bereits Regierungen vergangener Legislaturperioden in ähnlicher Art und Weise – für eine „Verzahnung von Schnittstellen im Gesundheitswesen“ aus, u. a. auch in ihrer Antwort vom 21.06.2016 auf eine Kleine Anfrage aus der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/8847 vom 21.06.2016). Es ist davon auszugehen, dass damit in erster Linie die Schnittstellen zwischen den Hauptsektoren ambulant und stationär, aber auch zwischen einzelnen Leistungssektoren wie der stationären Krankenhausversorgung und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und auch innerhalb eines Hauptsektors gemeint sind.

Die o. g. Formulierung kann so verstanden werden, dass die sektorale Trennung im Grundsatz noch aufrecht erhalten bleibt, die betreffenden sektoralen Versorgungsstrukturen aber in der Leistungserbringung im Schnittstellenbereich unter Ausschöpfung bestehender Effizienz- und Effektivitätsreserven stärker sektorenübergreifend wirksam werden sollen. Es ist fraglich, ob man damit mittelfristig den großen Herausforderungen der bevorstehenden Entwicklungen in unserer Gesellschaft noch angemessen entsprechen kann.

Es sollten jetzt auch Wege skizziert werden, auf denen man **über die Verzahnung der sektoralen Leistungserbringung zur Überwindung der sektoralen Leistungserbringung** kommen will. Insofern ist es notwendig, den Blick auf längerfristige Konzeptionen auszurichten, um nicht Gefahr zu laufen, heute oder morgen überlebte Strukturen länger aufrecht zu erhalten als erforderlich. Eine „Verzahnung von Schnittstellen im Gesundheitswesen“ erhält immer noch Schnittstellen aufrecht. Es kommt aber jetzt darauf an, an der Beseitigung der Schnittstellen und damit der sektoralen Trennung zu arbeiten.

III. Entwicklung innovativer integrierender Strukturen

Die Zielstellungen der Gesundheitsreformen der letzten Jahre, u. a. durch Stärkung des Wettbewerbs und gezielte gesetzliche Maßnahmen das Zusammenwirken über Sektorengrenzen hinweg zu fördern, wurden bisher nicht wie erhofft erfüllt. Noch ermöglichen die gesetzlichen Rahmenbedingungen kein ausreichend freies Zusammenwirken der am Versorgungsgeschehen Beteiligten, weshalb auch der Wettbewerb aufgrund immer noch zu starker rechtlicher Regulierungen nicht wie gewollt stattfindet. Sektorale Versorgungsdefizite können auch durch einen fairen, weitgehend freien Wettbewerb, in dem neue geeignete Versorgungsstrukturen zugelassen werden, beseitigt werden.

Dazu muss die Bundesregierung aber stärker als bisher bereit und in der Lage sein, bestehende sektorale Strukturen zu überprüfen und die Entwicklung neuer, insbesondere integrierender Strukturen zuzulassen. In diesem Zusammenhang sind auch Veränderungen im Leistungserbringungsrecht des Fünften Sozialgesetzbuches erforderlich.

Der Innovationsfonds ist derzeit als Instrument für einen neuen An Schub der Entwicklung innovativer integrierender Versorgungsformen unverzichtbar. Die Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen darf aber nicht nur der freien Initiative engagierter Antragsteller überlassen bleiben. Neben den sich hieraus für die Regelversorgung ergebenden Versorgungslösungen sind erforderliche strukturelle Weiterentwicklungen auch und gerade im Ergebnis wissenschaftlicher Analysen und Konzeptionen geboten.

VI. Umsetzung der Erkenntnisse der Versorgungsforschung

Es ist zu begrüßen, dass mit der Einrichtung des Innovationsfonds insbesondere auch das Ziel verfolgt wird, neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die noch nicht Bestandteil der Regelversorgung sind, zu fördern und zu entwickeln und dabei auch der Ausarbeitung wissenschaftlicher Konzeptionen durch die Versorgungsforschung mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung zu geben.

Es ist aber auch im gleichen Maße erforderlich, gewonnene Erkenntnisse der Versorgungsforschung umzusetzen. Das Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ des

Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen enthält neben bereits von der Bundesregierung umgesetzten Vorschlägen noch eine Vielzahl von Erkenntnissen und Empfehlungen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Versorgung im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär, die bisher noch nicht umgesetzt wurden.

V. Zum Begriff „Ambulantisierung“

Insbesondere aufgrund der zunehmenden Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung wird heute - auch auf Seiten der Bundesregierung - von der „Ambulantisierung der Medizin“ gesprochen. Dieser Begriff ist aber eher irreführend, da er suggeriert, dass eigentlich notwendige stationäre Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen nunmehr (zu Lasten der Behandlungsqualität) nur noch ambulant durchgeführt werden.

Die DGIV empfiehlt daher, besser den bereits eingeführten, aber in den letzten Jahren vernachlässigten Begriff des vielfach im SGB V sinngemäß verankerten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ zu verwenden. Auch die mit diesem Grundsatz häufig verbundene Interpretation „so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig“ hat heute mehr denn je ihre Berechtigung. So kann den Patienten besser plausibel gemacht werden, dass eine Verschiebung von stationär nach ambulant durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin bedingt ist.

Natürlich erfordert die Umsetzung dieses Grundsatzes auch eine konsequente Auseinandersetzung mit der Frage, ob heute noch die Behandlung gleicher Indikationen sowohl im Sektor der stationären Krankenhausversorgung als auch im Sektor der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (mit teilweise sehr unterschiedlichen Vergütungsbedingungen) zu rechtfertigen ist. Auch z. B. die Grenzziehungen zwischen notwendigen stationären und möglichen ambulanten Operationen müssen laufend durch unabhängige Expertisen hinterfragt werden.

„Ambulantisierung“ sollte in der deutschen gesundheitlichen Versorgung nicht als Synonym für die Öffnung der ambulanten Hauptsektors für die klassischen stationären Leistungserbringer Verwendung finden, weder in der Medizin (einschließlich Rehabilitation), noch in der Pflege.

VI. Einheitlicher Ordnungsrahmen des Wettbewerbs in Schnittstellenbereichen

Der SVR Gesundheit formuliert in seinem Sondergutachten 2012 (Kurzfassung) unter Ziff. 179.:

„Wann immer Leistungserbringer, welche ursprünglich unterschiedlichen Sektoren zuzurechnen sind, an einer Schnittstelle um die Erbringung identischer Leistungen konkurrieren, bedarf es eines einheitlichen Ordnungsrahmens, um die Effizienzpotenziale heben zu können. Neben vergleichbaren Qualitätssicherungssystemen, gleichen Regelungen bzgl. der Abrechnung von neuen Behandlungsmethoden, einheitlichen Leistungsdefinitionen, vergleichbaren rechtlichen Möglichkeiten bzgl. der Einkaufsoptionen sowie einheitlichen Regelungen zur Zulassung und Budgetierung umfasst dies auch die Vereinheitlichung der Vergütung und der Investitionsfinanzierung.“

An der Gewährleistung dieser Voraussetzungen für eine wettbewerbliche Ausrichtung der Leistungserbringung in den Schnittstellenbereichen muss intensiver und konsequenter gearbeitet werden. Im selektivvertraglichen Bereich brauchen die Krankenkassen dazu einen größeren Handlungsspielraum. Insbesondere die Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die damit im Zusammenhang stehende Verpflichtung zur Budgetbereinigung der ambulanten Vergütung in integrierenden Selektivversorgungsformen stellen immer noch gewaltige Hemmnisse für die Inanspruchnahme integrierender Versorgungsformen im Selektivvertragswettbewerb dar.

Auch in Zeiten der Ankündigung steigender Krankenkassenbeiträge schlägt die DGIV vor, die Budgetbereinigung der ambulanten Selektivvertragsvergütungen in der Regelversorgung als Kann-Bestimmung auszugestalten und die stationäre selektivvertragliche Leistungserbringung in die Bereinigung mit einzubeziehen.

VII. Verbesserte Verzahnung braucht neue Leistungsangebote auf beiden Seiten der Schnittstellen

Derzeit besteht die Tendenz, den Krankenhäusern größere Tätigkeitsfelder im ambulanten Hauptsektor einzuräumen als den vertragsärztlichen Leistungserbringern im stationären Hauptsektor. Natürlich ist es ein wichtiges gesellschaftliches Anliegen, einer

Unterversorgung im ambulanten Bereich durch Mobilisierung weiterer geeigneter und vorhandener Leistungserbringer zu begegnen. Auch in der Selektivversorgung (z. B. der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V) spricht nichts gegen eine Tätigkeit ursprünglich stationärer Leistungserbringer im ambulanten Sektor.

Auf dem Weg zur Überwindung der sektoralen Trennung ist es aber geboten, den vertragsärztlichen Leistungserbringern ebenso neue Leistungserbringungsfelder im stationären Bereich zu eröffnen. Das gilt umso mehr, als das Belegarztwesen als klassischer Bereich der stationären vertragsärztlichen Leistungserbringung seit Jahren vernachlässigt und deshalb für Vertragsärzte immer unattraktiver wird, die stationäre kooperationsärztliche Leistungserbringung im Krankenhaus noch von einigen rechtlichen Unklarheiten und – Unsicherheiten gekennzeichnet ist und die Übertragung stationärer Kurzzeitfälle auf vertragsärztliche Leistungserbringer hilft, das Prinzip „ambulant vor stationär“ schneller umzusetzen.

In diesem Zusammenhang ist es Zeit, die erforderliche Balance im „Verzahnungsprozess“ an den Schnittstellen der sektoralen Versorgung wieder zu finden. Zähne ungleicher Größe lassen sich nicht gut verzahnen. Hier sollten sich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen stärker für stationäre Leistungsfelder ihrer Mitglieder einsetzen, auch wenn hier vieles nicht unter der Administration der KVen (wie es von der KBV in ihrem Konzept „*KBV 2020 Versorgung gemeinsame gestalten*“ vom 20.05.2016 unter II. 3. vorgeschlagen wird) erfolgen muss.

Der Umstand, dass hochspezialisierte vertragsärztliche Leistungszentren in der Lage sind, in vielen im Schnittstellenbereich anzutreffenden Indikationen die stationäre Behandlungsqualität von Krankenhäusern zu gewährleisten und nicht selten sogar zu übertreffen, muss mehr gesellschaftliche Anerkennung finden. Auch hier sollte die Versorgungsforschung beauftragt werden, auf der Grundlage diesbezüglich zu erhebender Daten ein objektives Bild der tatsächlichen Situation abzubilden. Die Tätigkeit von Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung und die Tätigkeit von vertragsärztlichen Leistungserbringern im stationären Sektor sollten gleichermaßen Förderschwerpunkte für den Innovationsfonds darstellen.

Vor diesem Hintergrund ist es überfällig, den Praxiskliniken einen Katalog zur stationären Leistungserbringung auf gesetzlicher Grundlage zur Verfügung zu stellen. Es ist hinlänglich bekannt, dass § 122 SGB V bisher keinerlei Umsetzung in der Praxis gefunden hat. Hier

sollte die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode reagieren und mit einer Gesetzesinitiative sicherstellen, dass den Praxiskliniken umgehend ein solches Leistungsfeld auf gesetzlicher Grundlage eröffnet wird. Die Praxiskliniken hier auf der Grundlage des derzeitigen § 122 SGB V auf den Klageweg zu verweisen (vgl. Gaßner/Strömer 2013, Der Anspruch auf Zugang von Praxiskliniken zur Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, GesR 2013, S. 276–284), ist aus Sicht der DGIV keine geeignete Alternative.

VIII. Konsequenter Ausbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bisher keinen stationsersetzenden Charakter angenommen hat, ist unbefriedigend. Der SVR-Gesundheit hat dazu bereits in seinem Sondergutachten 2012 (Kurzfassung) unter Ziff. 182 vorgeschlagen, u. a. ambulante Operationen, stationsersetzende Eingriffe (auch über den Rahmen des bisherigen § 115b SGB V hinaus) und stationäre Kurzzeitfälle nach und nach in diese Versorgungssäule mit für alle Anbieter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen zu überführen.

Zwar ist der Katalog der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen erweitert worden, dem vorgenannten Anspruch wird er aber noch nicht gerecht, weshalb auch die Versorgungsrelevanz in diesem Bereich – gemessen an diesem Anspruch – eher gering ausfällt. Es ist noch zu früh, hier bereits von einer vertanen Chance zu sprechen, aber der G-BA wird u. a. auch daran gemessen werden, wie er in diesem Bereich einen versorgungsrelevanten Beitrag zur Umsetzung des Prinzips ambulant vor stationär zu leisten vermag.

IX. Integriertes ambulant/stationäres Leistungsangebot aus einer Hand

Der SVR Gesundheit spricht sich in seinem Sondergutachten 2012 (Kurzfassung) unter Ziff. 143. für größere, integrierte Einheiten im Gesundheitswesen aus und prognostiziert in diesem Zusammenhang:

„Im Ergebnis ist zu erwarten, dass größere Verbünde (aus Krankenhäusern, MVZ und/oder ambulanten Großpraxen) in der Lage sind, das vorhandene Rationalisierungspotenzial auszuschöpfen bzw. für eine gewisse Zeit die Treiber der sektorenübergreifenden

Versorgung zu sein. Eine stärker wettbewerbsorientierte Gesundheitsversorgung sollte durch Vertrauen in die Versicherten- und Patientenpräferenzen, Vielfalt der Organisations-, Eigentums- und Rechtsformen sowie eine Stärkung der Investitionsbereitschaft auch von Seiten externer Geldgeber geprägt sein. Keinesfalls sollte dabei von außen vorgegeben werden, welche Kooperations-/Koordinationsform am besten geeignet ist, auch dürften einzelne Formen nicht von vornherein vom marktinhärenten Findungsprozess ausgeschlossen werden.“

Derzeit ist festzustellen, dass der Verwirklichung des folgerichtigen Vorschlags zum integrierten Leistungserbringer „Krankenhaus-Vertragsarzt-Verbund“ noch sehr viele Steine im Weg liegen. Bereits die Zusammenarbeit dieser beiden klassischen Sektorenvertreter auf kooperationsvertraglicher Grundlage ist derzeit umstritten, auch versorgungspolitisch. Aus Sicht der DGIV sollte diese Zusammenarbeit von Seiten des Gesetzgebers weiter bestärkt und liberalisiert werden. Diese Kooperationen bergen – wie vom Sachverständigenrat richtig erkannt – ein großes Potenzial zur Ausschöpfung von Effizienz- und Effektivitätsreserven im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär, weshalb an einem Ausbau dieser Zusammenarbeit kein Weg vorbeiführt.

Es ist deshalb an der Zeit, diese Kooperationen weiter rechtssicher auszugestalten und darüber hinaus auch den Vorschlag des „Krankenhaus-Vertragsarzt (bzw. MVZ)-Verbundes“ im Gesetz zu verwirklichen.

X. Verhältnis der Selbstverwaltung zu Staat und Gesellschaft

Es kommt nicht von ungefähr, dass mit den Entwicklungen der gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland auch die Regelungen über die Organisation und Befugnisse der Selbstverwaltung und die Beziehungen zwischen Staat und Selbstverwaltung weiter entwickelt werden müssen. Die Selbstverwaltung ist ein tragendes Prinzip unseres Sozialsystems. Eine Voraussetzung für eine funktionierende Selbstverwaltung ist das Beschränken staatlicher Einflussnahme auf ein unbedingt notwendiges Maß.

Eine weitere Voraussetzung besteht darin, dass durch das Zusammenwirken der Partner der Selbstverwaltung den mit dem Wandel in unserer Gesellschaft verbundenen Anforderungen auch angemessen entsprochen wird. Dabei ist von vornherein dem Umstand Rechnung zu

tragen, dass die Partner der Selbstverwaltung verschiedene Gruppeninteressen repräsentieren.

Nur dann, wenn die Verwirklichung dieser Gruppeninteressen und die daraus resultierenden Ergebnisse der Arbeit der Organe der Selbstverwaltung mit den Anforderungen der gesellschaftlichen Entwicklung nicht Schritt halten sollte, kann sich die Notwendigkeit ergeben, mit entsprechenden staatlichen bzw. gesetzgeberischen Maßnahmen korrigierend einzugreifen.

XI. Regionale sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Es ist bedauerlich, dass dem BMG keine flächendeckenden Informationen zur Haltung der Länder gegenüber einer stärker sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und zu der Frage vorliegen, welche Schritte in dieser Hinsicht einzelne Länder in den letzten Jahren vollzogen haben (vgl. BT-Drs. 18/8847), immerhin soll die strikte Unterscheidung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor Schritt für Schritt zu Gunsten einer sektorenübergreifender Bedarfsplanung überwunden werden.

Da es sich hier aber immer noch um weitgehend selbständige Regelungsbereiche handelt, ist es von vornherein äußerst schwierig, den regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsbedarf zu planen. Zum einen ist es erforderlich, weitgehend einheitliche Leistungsbedingungen zu schaffen, die wiederum zum anderen die Grundlage konkreter zentraler Vorgaben für die Ländern darstellen sollten, von denen die Länder bei regionalem Besonderheiten auch abweichen können.

Ungeachtet dessen ist eine Erhebung und Auswertung der Bemühungen und Ergebnissen der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung in den Ländern dringend erforderlich. Das BMG könnte hierzu auch den Sachverständigenrat gem. § 142 SGB V beauftragen.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Friedrichstraße 183, D-10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46
Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes