



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:
leistungen-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
lex@fmh.ch

Per A-Post:
Herr Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Per A-Post:
Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der Verbindung der
Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Bern, 17. September 2019

Vernehmlassung zur Änderung KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Sache. Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS), dem die in der Schweiz tätigen Chefärztinnen und Leitenden Ärzte angehören, sieht im **Wechsel auf das Anordnungsmodell durch Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als selbständige Leistungserbringer zu Lasten der OKP grosse Risiken für die Qualität der psychiatrischen Grundversorgung und lehnt diese in der vorgesehenen Form daher ab**. Es kommt hinzu, dass die mit der vorgesehenen Nivellierung und Ausdehnung des Versorgungsangebots verbundenen Kostenfolgen erheblich und nicht abschätzbar sind. Somit droht eine schlechtere Versorgung zu höheren Kosten, was wir vor dem Hintergrund der bereits hängigen Kostensparpakete des Bundesrats als absolut inakzeptabel betrachten.

I. Grundsätzliche Bemerkungen

1. Behandlungsqualität und Patientensicherheit

Eine frühzeitige integrierte Behandlung ist zentral, um das Risiko einer Chronifizierung von Störungen zu senken. Das Anordnungsmodell kann zwar den niederschweligen Zugang zu einer Psychotherapie verbessern, was wir als Vorteil werten, spaltet aber die Psychotherapie von der ganzheitlichen patientenzentrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ab, und verhindert damit eine rechtzeitige Behandlung bei schwierigeren Krankheitsbildern, wodurch das Risiko der Chronifizierung steigt. Eine erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bedarf

einer sorgfältigen Diagnosestellung, in welche auch der Einbezug möglicher somatischer Ursachen, Komplikationen und Differentialdiagnosen gehört.

Durch das Anordnungsmodell fehlt eine initiale fachärztliche psychiatrische Abklärung, was eine frühzeitige integrierte Behandlung erschwert. Durch die geringere Koordination und fehlende Kontrolle eines Facharztes ist bei schwerwiegenden Erkrankungen und Krisen, die im Laufe einer Psychotherapie nicht selten sind, nicht sichergestellt, dass die angemessene psychiatrische Behandlung rechtzeitig erfolgt. Dies gefährdet die Patientensicherheit und senkt die Behandlungsqualität.

In der Begründung wird zurecht auf die mangelnde Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in der psychischen Gesundheitsversorgung in der Schweiz im internationalen Vergleich hingewiesen. Der Mangel besteht an intermediären Angeboten mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung bieten. Auch in Krisen- und Notfallsituationen besteht diesbezüglich teilweise ein Versorgungsmangel, insbesondere in ländlichen Gebieten. Unsere Versorgung ist im Bereich Psychotherapie gut und die Angebote sind für die Bevölkerung relativ schnell und günstig zu haben. Auch die psychosoziale Versorgung ist finanziell auf guten Beinen durch die Sozialdienste der Gemeinden. Der Wunsch einer verbesserten Alltagsversorgung wäre durch alternativ-medizinische Behandlungen, Musik- und Maltherapien, Peer-Begleitungen, psychiatrische Spitex und private Sozialarbeiter gewährleistet, nur ist die Integration dieser Berufsgruppen initial eine kostspielige Massnahme, welche nicht über das KVG abgedeckt werden kann und auch von den Angehörigen oder von den Sozialdiensten meist nicht übernommen werden kann. Hier müssten Bund und Kantone für eine Systemänderung ausserhalb des KVG eintreten. Psychologen können genauso gut oder schlecht diese psychosozialen Aufgaben übernehmen wie die Fachärzte, weshalb die Neuregelung in diesem Bereich nichts bringen wird.

Wenige Psychologen betreuen heute randständige, süchtige oder behinderte psychisch-krank Menschen, die aber am meisten Krisen- oder Notfall-Ereignisse auslösen oder soziale Alltagshilfe benötigen. Die Kürzung der psychotherapeutischen Sitzungsdauer von aktuell 75 Minuten auf 60 Minuten für Einzelbehandlungen, wie auch die Einforderung eines Berichts für eine Therapieverlängerung statt nach aktuell 40 neu auf 30 Stunden (siehe Ziff. der Vernehmlassungsvorlage: Kostenübernahme) ist keine Verbesserungsmassnahme, sondern eine Präventionsmassnahme gegen mögliche Mengenausweitungen (primär durch die Psychologen) im Rahmen des KVG. Hier wird indirekt zugegeben, dass eine erhebliche Mengenausweitung durch die Aufnahme der Psychologen als selbständige Leistungserbringer im Rahmen der OKP zu befürchten ist. Wenn die ärztliche Psychotherapie neu eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten umfassen soll, so ist zu fragen, wieso dies sinnvoll und notwendig sein soll. Wir bestreiten dies dezidiert. Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung. Der Anwendungsbereich einer solchen Vorschrift müsste also – falls dies zwecks Qualitätssicherung notwendig wäre – zumindest auf die psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen begrenzt sein.

Die bisherige Übernahme der psychologischen Psychotherapie nur durch die Zusatzversicherung oder durch den Selbstzahler macht Sinn, ebenso wie die Übernahme der alternativ-medizinischen Behandlungen, welche oft einen präventiven Charakter haben. Für eine Psychotherapie über die OKP muss eine Diagnose ausgewiesen werden.

Mit der Neuregelung werden alle Behandlungen in der Psychotherapie tendenziell auf die Ebene einer psychischen Störung mit klaren Diagnosekriterien angehoben. Das heisst, wer keine Diagnose will, kann auch keine krankenkassenzulässige Behandlung erhalten, weshalb solche Behandlungen kaum mehr stattfinden werden oder mit anderen Worten inskünftig nur noch als Krankheitsbehandlungen durchgeführt werden dürften.

Zusammenfassend würde die Umsetzung des Anordnungsmodells im Ergebnis dazu führen, dass

- mangels ausreichender fachärztlicher Überwachung die Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungsqualität bei schwerwiegenden Erkrankungen und Krisensituationen verschlechtert werden;
- psychologische Beratungen bei nicht schwerwiegenden Problemen bzw. bei Schwierigkeiten ohne Krankheitswert auf Krankheitsstufe angehoben werden, weil in diesem Fall keine Zusatzversicherung mehr erforderlich ist und/oder die Beratung nicht mehr privat bezahlt werden muss;
- gleichzeitig der administrative Aufwand für alle Beteiligten unnötig zunimmt, was sich wiederum vor allem bei schwerwiegenderen Erkrankungen negativ auswirkt, welche einer längeren Behandlung bedürfen;
- und dass zusätzliche intermediäre Angebote mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten, mit dem Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie, entgegen den in der Vernehmlassungsvorlage geäußerten Zielsetzungen und Hoffnungen, gar nicht geschaffen oder unterstützt werden, zumal dies sowieso keine Aufgabe des KVG ist.

Bisher lag die allgemeine Verantwortung der psychologischen Psychotherapie in den Händen des delegierenden Facharztes, welcher entsprechend durch Behörden und Verbände kontrolliert wurde. Wer nimmt im Anordnungsmodell bei Fehleinschätzungen, Grenzüberschreitungen oder Missständen die Verantwortung? Psychotherapie ist in diesem Fall komplexer als Ergo-, Physiotherapie, Spitex oder Logopädie, welche klar formulierte, begrenzte Zielpunkte anstreben. Das ist bei einer Traumatherapie, Behandlung von Missbrauchsgeschichten, Begleitung von Süchtigen, Wahrnehmung von Schizophrenen oder Interventionen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oft nicht möglich. Wie werden Psychologen begleitet (überwacht), welche neu (unerfahren oder aus dem Ausland) in der ambulanten Praxis arbeiten? Bisher war es in der Verantwortung des delegierenden Facharztes. Klar ist, dass zu Lasten des KVG tätige Psychologinnen und Psychologen wegen der zu übernehmenden Verantwortung zumindest einer Haftpflichtversicherung bedürfen.

Angesichts der Übergangsregelungen sollen vor dem 1. April 2013 bereits selbständig tätige Psychologen mit Berufsausübungsbewilligung vom Erwerb eines eidgenössischen Weiterbildungstitels und vom Nachweis einer klinischen Erfahrung von 12 Monaten entbunden werden. Weiter müssen auch Psychologen, welche nach dem 1. April 2013 einen eidgenössischen Weiterbildungstitel für psychologische Psychotherapie erworben haben, die klinische Erfahrung nicht nachholen. Weil auch eine klinische Erfahrung von 12 Monaten sowieso ungenügend ist, droht somit kurz- und langfristig eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung bei breiterem Angebot.

2. Kostensteigerung

Das Anordnungsmodell wird wie gesagt zu einer Mengenausweitung und zu einem weit höheren Anstieg der Kosten führen als die Schätzungen zeigen. Dadurch steigt das Risiko für die Einführung des Globalbudgets für alle Ärzte. Ein Globalbudget dürfte in kurzer Zeit zu einem eigentlichen Zerfall des für einige Fachrichtungen bereits heute ungenügenden Tarifs führen und unter anderem die Attraktivität des Berufsbildes Psychiater weiter vermindern. Entsprechende Entwicklungen lassen sich in Deutschland und Holland beispielhaft beobachten. Die Nachwuchsschwierigkeiten dürften sich in direkter Folge davon noch einmal massiv verschärfen.

3. Engpässe bei der psychiatrischen Behandlung

Bereits heute haben wir in der Schweiz eine akute psychiatrische Unterversorgung. Viele Psychiater aus den geburtenstarken Jahrgängen werden bald pensioniert. Es rücken keine jungen Kolleginnen und Kollegen nach, weil der Beruf in den letzten Jahren an Attraktivität eingebüsst hat. Mit dem Wechsel auf das Anordnungsmodell wird die Attraktivität des Berufsbildes der Psychiater weiter belastet. Die Fachärztinnen und Fachärzte entscheiden sich in der Regel für die Ausbildung zum Psychiater, weil sie an der Psychotherapie interessiert sind. Wir befürchten, dass das Anordnungsmodell das aktuelle Gleichgewicht zwischen Psychotherapie und Notfallpsychiatrie zu Ungunsten der Psychotherapie verschieben wird. Psychiaterinnen und Psychiater werden über kurz oder lang zunehmend in ausschliessliche Psychopharmakologie und Behandlung von Notfällen, vorwiegend im stationären Rahmen, verdrängt. Diese Aufgaben werden Psychologen nicht übernehmen. In der Folge werden sich noch weniger Ärzte für die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden. Es wird nicht mehr genug Ärzte geben, die zu einer oft notwendigen kombiniert psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung befähigt sind. Dies wird eine ernsthafte Unterversorgung der Bevölkerung herbeiführen.

4. Gefährdung der psychiatrischen Grundversorgung

Die sinkende Attraktivität des Berufs und die sinkende Zahl praktizierender Psychiater führt dazu, dass psychiatrische Notfalldienste nicht mehr von diesen abgedeckt werden können. Diese Leistungen müssten dann in der Regel durch Hausärzte dauerhaft übernommen werden, was in einzelnen Regionen schon heute der Fall ist. Werden psychiatrische Notfälle nicht durch Psychiater behandelt, steigt das Risiko von fürsorglichen Unterbringungen (FU), was mehr Einweisungen in psychiatrische Kliniken zur Folge hat. Es ist gut belegt, dass die Anzahl der FU deutlich tiefer ist, wenn psychiatrische Notfälle von Psychiatern behandelt werden. So sehr moderne Versorgungssysteme, wie die Akutbehandlung zu Hause, zu begrüssen sind, so wenig wird man sie mittelfristig umsetzen können, wenn es keine oder zu wenig Psychiater gibt, welche die entsprechenden Kompetenzen übernehmen können. Keine dieser Aufgaben kann von den Psychologen übernommen werden.

Die vorgesehene Abschaffung des heutigen Tarifs für delegierte Psychotherapie nach einer zu kurzen Übergangsfrist von einem Jahr ist vor allem auch für die Aufrechterhaltung der Institutionen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, etc.) von existentieller Bedeutung. Wie sollen die Leistungen der an den Ambulatorien unserer Kliniken tätigen Psychologen inskünftig abgerechnet werden bzw. was passiert, wenn noch keine Psychotherapietarif für an Ambulatorien tätige Psychologen existiert oder wenn inskünftig die Leistungen der bereits heute dort tätigen Psychologen viel schlechter abgegolten werden als bisher? Hier droht ein wichtiger Teil der Versorgungskette zumindest vorübergehend oder sogar mittel- und langfristig wegzubrechen. **Auch hier zeigt sich, dass viel zu wenig überlegt wurde, weshalb die Vorlage an den Absender zurückzuweisen ist.**

II. Bemerkungen zu den Vorlagen

Anträge:

Anpassung des EArt. 50c Abs. 1 lit. c KVV [**klinische Erfahrung von 12 Monaten**]:

- c. *nach Erlangung des Weiterbildungstitels **eine klinische Erfahrung von fünf Jahren** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder in einer anderen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Institution anerkannten privaten oder öffentlichen Institution unter der Leitung eines Facharztes oder einer*

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nachweis der notwendigen klinischen Erfahrung setzt voraus, dass über die gesamte Zeitdauer ein effektiver Einsatz im Rahmen der Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste in vergleichbarer Frequenz wie bei einer Assistenzärztin oder bei einem Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie gezeigt werden kann.

Begründung: Ohne diese zusätzlichen Auflagen kann die Befähigung, mit schweren psychischen Erkrankungen und akuten Notfallsituationen umgehen zu können, nicht garantiert werden. Insbesondere reicht unseres Erachtens irgendeine Tätigkeit von 12 Monaten an einer psychiatrischen B-Klinik bei weitem nicht aus, weil dort keine schweren Krisenfälle behandelt werden.

Übergangsbestimmung der KVV streichen oder anpassen

Die Absätze 1 und 2 sind ersatzlos zu streichen und eine Übergangsfrist von 5 Jahren vorzusehen:

Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) trotz Fehlens eines eidgenössisch anerkannten Weiterbildungstitels über eine nach Artikel 49 Abs. 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbständige bzw. privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie oder gestützt auf einen entsprechenden Weiterbildungstitel über eine Berufsausübungsbewilligung nach Art. 22 PsyG verfügen, werden zugelassen, sobald sie die Anforderungen des Art. 50c lit. c KVV erfüllen. Das Departement kann zugunsten dieser Personen für Dauer von höchstens 5 Jahren übergangsrechtliche Erleichterungen des Nachweises der notwendigen klinischen Erfahrung festlegen.

Begründung: Ohne klinische Erfahrung kann die Befähigung, mit schweren psychischen Erkrankungen und akuten Notfallsituationen umgehen zu können, nicht garantiert werden. Dies gilt auch für bereits seit langem selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten mit oder ohne eidgenössischem Weiterbildungstitel. Dem Departement sollte indessen die Kompetenz erteilt werden, für bereits selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten die Möglichkeiten, die notwendige klinische Erfahrung nachzuholen, während einer Übergangsfrist von 5 Jahren ab Inkrafttreten der Änderung zu erleichtern.

Anpassung des EArt. 2 Abs. 1 lit. b KLV:

- a. *Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.*
- b. *Sie umfasst **bei Psychologischer Psychotherapie** eine Einstiegs-, Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.*

Begründung: siehe oben Ziff. I 1.

Anpassung des EArt. 3 KLV [**Begrenzung auf 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen**]:

*Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens **40 Abklärungs- und Therapiesitzungen** von einer Dauer:*

- a. ***bei Erwachsenen:** von bis zu **75 Minuten** bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.*
- b. ***Bei Kindern und Jugendlichen:** von bis zu **90 Minuten** bei Einzeltherapien und bis zu **105 Minuten** bei Familien- und Gruppensitzungen.*

Begründung: Es würde einen unnötigen administrativen Leerlauf bedeuten, das Maximum an Therapiesitzungen von 40 auf 30 Sitzungen zu reduzieren. Damit würde eine unnötige Risikoselektion

gefördert, und mit anderen Worten der bereits bestehenden Fehlversorgung zu Lasten von psychisch schwer kranken Menschen noch zusätzlich Vorschub geleistet. Aus den gleichen Gründen muss auch die maximale Sitzungsdauer sowohl für Erwachsene (**75 anstatt 60 Minuten**) als auch für Kinder und Jugendliche (**90 anstatt 60 und 105 anstatt 90 Minuten**) moderat nach oben angepasst werden, was hiermit beantragt wird. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind für die stärker in Systemen vernetzte Arbeit zwingend längere Sitzungszeiten notwendig.

Art. 3b unverändert:

Begründung: Wir fordern, dass der ärztliche Bericht an den Vertrauensarzt zur Fortsetzung der Therapie weiterhin erst nach 40 Sitzungen notwendig ist.

EArt. 11b KLV

Wir sind mit der vorgeschlagenen Änderung grundsätzlich einverstanden.

Begründung: Mit der neuvorgesehenen Möglichkeit, den niederschwelligeren Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen, indem Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin psychologische Psychotherapie bis zu einer bestimmten Anzahl Sitzungen anordnen können, wird die Versorgung verbessert. Wir sind uns dessen bewusst, dass damit eher der niederschwelligere Zugang verbessert wird, was sich negativ auf die rechtzeitig Behandlung schwererer Fälle auswirken kann (siehe hierzu die Ausführungen oben unter Ziff. I 1.). In Übereinstimmung mit EArt. 3 KLV müsste die Anordnung für höchstens 20 Sitzungen erfolgen dürfen, wobei der psychologische Psychotherapeut der Ärztin oder dem Arzt Bericht erstatten müsste, bevor nochmals im Maximum 20 Sitzungen angeordnet werden könnten. Auch die Sitzungsdauer müsste hier entsprechend unseren Vorschlägen zu EArt. 3 KLV nach oben angepasst werden.

Wir verschliessen uns auch der Möglichkeit nicht, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel einmalig Leistungen zur Krisenintervention oder für Kurztherapien für Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation bis maximal 10 Sitzungen anordnen dürften. Dies setzt aber voraus, dass alle psychologischen Psychotherapeuten, denen derartige Fälle zugewiesen werden dürften, über die dafür notwendige klinische Erfahrung verfügen müssen.

Übergangsbestimmung anpassen:

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 5 Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)

Begründung: Eine derart lange Übergangsfrist, bis die psychologischen Psychotherapeuten die Versorgung ohne Aufsicht, nach Erwerb der dafür notwendigen klinischen Erfahrung, selbständig sicherstellen können, ist unseres Erachtens zwingend. Es gibt aber auch Psychologinnen und Psychologen, welche mit der heutigen Situation zufrieden sind, und für welche die Ausübung der delegierten Psychotherapie eine Lebensstellung darstellt. Ihnen muss zumindest genügend Zeit eingeräumt werden, um für die Zukunft umdisponieren zu können. Es geht nicht an, bestehende Berufsbilder von heute auf morgen tarifarisch abzuschaffen. Die Beibehaltung des Tarifs während einer längeren Übergangsfrist ist vor allem auch für die Aufrechterhaltung der Institutionen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, etc.) von existentieller Bedeutung.

Die im Kapitel 02.02 abgebildeten Leistungen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, Home Treatment u.) müssen zwingend im TARMED verbleiben und zu Lasten der OKP abgerechnet werden können, weil sie immer unter ärztlicher Endverantwortung erbracht werden und auch in rechtlicher Hinsicht so behandelt werden (z.B. bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht).

Begründung: Ohne Beibehaltung des Kapitels 02.02 ist zu befürchten, dass Leistungen von in Spital- und Klinikambulatorien tätigen psychologischen Psychotherapeuten, welche die Zulassungsvoraussetzungen zur OKP nicht erfüllen, wie auch Leistungen von Psychologen, die sich in einer Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befinden oder nach Erlangung des Weiterbildungstitels die für die Zulassung zur OKP erforderliche klinische Erfahrung in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen entsprechenden Institution erwerben, nicht mehr zu Lasten der OKP abgerechnet werden können, womit deren Finanzierung und damit letztlich auch deren Anstellung in den Spitälern und Kliniken erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird. Zumindest faktisch findet in diesen Fällen die Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten weiterhin auf Delegationsbasis statt.

Wir bitten Sie, unsere Überlegungen in die Auswertung des Vernehmlassungsergebnisses einfließen zu lassen und unsere Anträge zur somatischen Akutversorgung und zur Psychiatrie ernsthaft zu prüfen. Mit bestem Dank und

mit freundlichen Grüßen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident

Der Geschäftsleiter



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- SGPP
- SVPC
- GDK
- VSAO Schweiz
- santésuisse
- curafutura