

**Dr.med. Josef Guggenheim**

**Facharzt FMH für  
Psychiatrie und Psychotherapie**

Konradstrasse 68  
CH-8005 Zürich  
Telefon: +41 (0)44 272 34 80  
E-mail: [jzguggenheim@bluewin.ch](mailto:jzguggenheim@bluewin.ch)

Zürich, 18. April 2006

Herrn Felix Gurtner  
Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern

**Änderung von Artikel 2 und 3 KLV  
Entwurf des BAG vom 13.4.2006  
Ihr Schreiben vom 13.4.2006 mit Entwurf und Kommentar zur Neufassung**

Sehr geehrter Herr Gurtner

Auf Umwegen bin ich in den Besitz Ihres Schreibens vom 13.4.06 mit Entwurf und Kommentar für die Neufassung von Artikel 2/3 der KLV gekommen. Als direkt davon Betroffener und Interessierter erlaube ich mir, zu einigen Punkten Stellung zu beziehen und bitte Sie dringend, meine Stellungnahme den Mitgliedern der Eidg. Leistungskommission zuzustellen.

Vorbemerkung:

Es ist hier wohl zum ersten Mal, dass eine ganze Fachgruppe innerhalb der FMH einer Art *Generahverdacht der Überarz tung* unterzogen wird. Psychiaterinnen/Psychotherapeutinnen\* scheinen nun an die Kandare genommen zu werden, weil gewisse Personen(gruppen) bei BAG, santésuisse oder wo auch immer, glauben, dass hier gespart werden kann und muss – auf Kosten einer Gruppe von Patientinnen, die, nicht zuletzt gerade aufgrund ihrer Erkrankungen, nicht gut geeignet sind, eine starke Lobby zu bilden. Man stelle sich vor, man würde Onkologinnen und Chirurginginnen verdächtigen, unnütze Operationen und Behandlungen durchzuführen, da gewisse Patientengruppen ja doch (höchstens vielleicht etwas schneller) zu Tode kämen, als sie das ohne weiter führende Behandlung tun. Wozu also noch operieren, bestrahlen usw. bei wahrscheinlich

letalem Ausgang? Ein Aufschrei ginge durchs Land, obwohl durch die genannten Behandlungen vielleicht nur etwas Lebensqualität gewonnen werden kann. Diese Lebensqualität zu erhalten und zu fördern ist das dringendste Anliegen einer KLV, andernfalls wohl viele Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden dürften, nämlich alle jene, die zu keiner Restitutio ad integrum führen können. Wegen des genannten Generalverdachts der Überarztlung, der die Ärzteschaft als Ganzes trifft und nicht nur die Fachgruppe der Psychiaterinnen/Psychotherapeutinnen, wäre eine *Einbeziehung der FMH in die Vernehmlassung dringend geboten* gewesen und immer noch geboten.

Ähnliches gilt auch für die generelle Pflicht, nach bereits 8 Sitzungen spätestens die Vertrauensärztin zwingend beizuziehen. Wo in der Medizin der Schweiz findet sich eine ähnliche Verpflichtung der Spezialärztinnen? Es stellt ein Misstrauen all jenen Fachärztinnen gegenüber dar, die durch Erreichung ihres Facharztstitels ein Augenmass für die Verantwortlichkeit dessen, was in ihrer Praxis geschieht, gewährleisten. Oder glaubt das BAG ernsthaft, dass wir Psychiaterinnen allesamt zu den grossen Abzockerinnen gehören?

#### Zu den Bestimmungen und Kommentaren im Einzelnen:

Art. 2, Abs. 1: Die Neuformulierung („...deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt werden kann.“) wird im Kommentar damit begründet, dass bei psychotherapeutischen Verfahren, die nicht den drei sog. Hauptverfahren entsprechen, den Vertrauensärztinnen die Möglichkeit gegeben werden soll, „wissenschaftliche Belege über deren Wirksamkeit einzufordern“. Damit würden die Vertrauensärztinnen zu wissenschaftlichen Gutachterinnen über die Wissenschaftlichkeit einzelner Verfahren oder Behandlungstechniken, wofür diese aber in keiner Weise geeignet und ausgebildet sind. Es wäre in der Tat aber zu begrüssen, dass in begründeten Fällen auch Verfahren gebilligt würden, die nicht den sog. Hauptverfahren entsprechen. Statt dies „wissenschaftlich“ begründen zu müssen, wofür die einzelne Therapeutin so wenig in der Lage wäre wie die Vertrauensärztin, dies zu beurteilen, würde wohl besser eine Formulierung gewählt, die der Vertrauensärztin die Möglichkeit gäbe, „in begründeten Fällen Ausnahmen zu erlauben“. Begründung würde hier dann heissen, dass die Psychiaterin/Psychotherapeutin der Vertrauensärztin einsichtig zu machen hätte, warum sie in einem spezifischen Fall von den sog. „Hauptverfahren“ abzuweichen gedenke. Es müsste darüber hinaus von den Vertrauensärztinnen gefordert werden, dass sie über die drei „Hauptverfahren“ sehr weitgehend informiert und ausgebildet sein und nicht nur in einem dieser drei Verfahren über eine Grundausbildung verfügen sollten. Ebenso müsste gefordert werden, dass die beurteilenden Vertrauensärztinnen

---

\* Ich gebrauche im ganzen Schreiben durchgehend die feminine Form, die maskuline ist immer mitgemeint.

über einen Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie verfügen sollten (noch immer werden unsere Berichte z.T. von fachfremden Vertrauensärztinnen beurteilt, wobei manchmal, aber nicht immer, über deren Kompetenz Zweifel mehr als angebracht sind.) Insbesondere ist darüber hinaus zu fordern, dass eine Vertrauensärztin nur Berichte beurteilen darf, in deren Hauptverfahren sie im Rahmen ihrer Approbation als Fachärztin sich spezialisiert hatte. Es darf nicht vorkommen, dass analytisch tätige Fachärztinnen Berichte von Verhaltenstherapeutinnen beurteilen und umgekehrt.

Art. 2, Abs. 2: Hier wird eine umfassende Definition von Psychotherapie versucht, die in vielem sehr treffend ist, in einiger Hinsicht aber überspannt und der derzeitigen Diagnostik nicht Rechnung trägt. So heisst es: „Unter Psychotherapie wird eine Therapieform .... verstanden, die ... auf einer *ätiologisch orientierten Diagnostik* aufbaut ...“. Hierzu ist folgendes zu bemerken: Die aktuell gebräuchlichen diagnostischen Hauptsysteme (ICD-10 und DSM in allen Varianten) sprechen nicht mehr von „Krankheiten“, sondern von Störungen. Dies beinhaltet u.a. auch, dass man sich von einer Ätiologie verabschiedet hat und nur noch deskriptiv „Störungsbilder“ beschreibt, die auch fast beliebig aneinander gereiht werden können (sog. Komorbidität). Eine Störung ist somit nicht mehr ätiologisch sondern vielmehr deskriptiv zu erfassen – verschiedene Ätiologien können in eine oder mehrere Störung(en) münden wie auch verschiedene Störungen die gleiche Ätiologie haben könn(t)en. Die einzige Störung, die ätiologisch definiert wird, ist die „posttraumatische Belastungsstörung“. Der Schreibende ist nicht einmal der Meinung, dass es besonders klug ist, von der Ätiopathogenese psychischer Prozesse Abstand zu nehmen. Es stellt sich aber trotzdem die Frage, inwiefern die Ätiologie einbezogen werden muss, wenn man gleichzeitig an der ICD-10 Diagnostik festhalten will. Der Begriff der Ätiologie ist insbesondere der Verhaltenstherapie fremd – was hier aber weiter nicht zu interessieren hat.

Art. 2, Abs. 2: „...sich durch *regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen* auszeichnet...“: Die „Vorausplanung“ einer Therapiesitzung ist ein unklarer Begriff: Zwar kann in der Verhaltenstherapie eine Sitzung weitgehend inhaltlich geplant werden, bereits in systemischen Therapien ist dies nur zum Teil, in psychodynamischen Verfahren weitgehend unmöglich. In der vorgeschlagenen Formulierung kollidiert eine medizinische Planungsabsicht mit einem psychodynamisches Verständnis psychotherapeutischer Tätigkeit. Insbesondere fällt Planung in sich zusammen, wenn Patientinnen sich nicht planungskonform verhalten, was in der Psychotherapie wesentlich häufiger der Fall ist als in der Akutmedizin (Stichworte: negative Compliance, Widerstand, Krankheitsgewinn etc.). Was eine Patientin heute beschäftigt, muss sie in der nächsten Sitzung nicht unbedingt weiter beschäftigen oder sie kommt darauf zurück, in

dem sie inhaltlich von etwas ganz anderem spricht. Ein- und dasselbe kann in unterschiedlichem Gewand, Unterschiedliches kann im selben Gewand daher kommen. Nicht die Therapeutin bestimmt allein alles – und insofern ist Planung nur sehr beschränkt möglich. Planung widerspricht dem Grundsatz einer dynamischen Psychotherapie, die sich in erster Linie auf die Gestaltung der Übertragungsbeziehung stützt – etwas, das seiner Natur nach nicht planbar ist. Was wiederum nicht heisst, dass die Therapeutin nicht gestaltend eingreift.

Art. 3, Abs. 1: *Zur Streichung der bisherigen Fassung vom Art. 3, Abs. 1:* Die Tendenz, Leistungen bisherigen Umfangs stillschweigend durch Streichung einer Formulierung zu kürzen, ist nicht zu übersehen. An sich wäre nichts dagegen einzuwenden, wenn sonst in irgendeiner Art und Weise die Pflicht der Kassen den Patientinnen und Leistungserbringerinnen gegenüber dargelegt würde, z.B. durch eine Formulierung folgender Art: „Die Kassen haben die Pflicht, eine Psychotherapie in vollem Umfang zu gewährleisten, sofern Patientin und Behandlerin einem gemeinsamen Behandlungskonzept zustimmen und es der Vertrauensärztin der Kasse gegenüber plausibel machen können. Dabei sind den Kriterien von Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit Rechnung zu tragen“. Andernfalls erhält die Vertrauensärztin und mit ihr die Kasse ein Gewicht, dem gegenüber die einzelne Leistungserbringerin zur ohnmächtigen Bittgesuchstellerin wird. Die Patientin, eine Beitragszahlerin (und nicht eine Kundin), steht einer starken Kasse ohne Pflicht gegenüber. Sie würde zwischen Behandlerin und Kasse aufgerieben. In der Streichung der bisherigen Rahmenbedingungen kann man nur den Willen spüren, Kosten zu sparen auf dem Rücken jener, die nicht so leicht in ein Therapieschema passen, das, sagen wir, in 30 Stunden, ein perfektes Resultat zu leisten verspricht. Seit Jahren tauchen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis zunehmend mehr Patientinnen auf, die unter verschiedenartigen Krankheitsbildern leiden: Persönlichkeitsstörungen kombiniert mit Ess-Störungen, langanhaltende depressive Syndrome mit leichten paranoiden Tendenzen, die unter der Bedrohung des Arbeitsplatzes immer wieder neu dekomensieren usw. Patientinnen, die unter solchen komplexen Krankheitsbildern leiden, sind nicht in 10 und auch nicht in 40 Stunden zu therapieren. (Dem hier Schreibenden sind Verhaltenstherapeutinnen bekannt, die hinter vorgehaltener Hand beschreiben, dass sie lange dauernde Therapien durchführen, zu denen sie sich eigentlich gar nicht befähigt fühlen, aber ihre Patientinnen auch nicht mehr einfach sitzen lassen können, obwohl die ursprünglichen Therapieziele nicht erreicht werden konnten und auch wahrscheinlich nicht mehr erreicht werden können. Darüber wird aber nicht öffentlich Rechenschaft abgelegt, wohl auch aus Angst, als schlechte Therapeutinnen dazustehen. Noch immer spielen gewisse Verhaltenstherapieorganisationen falsch, indem sie behaupten, dass fast jede psychische Störung in ungefähr 30 Sitzungen zu erledigen wäre – wohl wissend, dass dies

nur für einen kleinen Teil der Patientinnen möglich ist. Es ist gesundheitspolitisch stossend, dass das BAG einer solchen Kampagne aufsitzt, die lauthals etwas verkündet, was selbst die Verhaltenstherapie nur selten und nur mit sehr gut motivierten, meist selbstzahlenden Patientinnen mit relativ einfachen Krankheitsbildern (s. nächster Abschnitt) erreichen kann, wo doch gleichzeitig die Verhaltenstherapie eine gegensätzliche Entwicklung durchläuft: von der alten VT der 60er- und 70er Jahre zur kognitiven VT (bisher) mit einer neuen Erweiterung zur affektiv-kognitiven VT und jetzt auch unter Berücksichtigung der Widerstände, der negativen Compliance oder des sekundären Krankheitsgewinnes. Jede dieser Modifikationen verlängert auch die Dauer der VT – man sehe sich vor! Ebenso ist mit einer Verschiebung der Kosten zu rechnen: Je mehr psychische Krankheiten in einzelne Syndrome zerlegt werden, umso mehr werden die Patientinnen verschiedene Therapien in Folge aufsuchen müssen: zuerst eine Therapie gegen die Zwänge, dann werden die Ängste behandelt und schliesslich noch die verschiedenen Traumen usw. usf...

Art. 3, Abs. 1: „*Sofern eine Psychotherapie voraussichtlich mehr als 10 psychiatrische Abklärungs- und Therapiesitzungen...*“: Weniger als 10 psychiatrische Abklärungs- und Therapiesitzungen kommen höchstens bei akuten Kriseninterventionen und/oder Abklärungssitzungen zur Indikationsstellung zwecks Weiterweisung an eine andere Therapeutin in Frage. Selbst bei den einfachsten monosymptomatischen, für eine Verhaltenstherapie indizierten Störungen (z.B. einfache, monosymptomatische Zwangs- oder Angststörungen) sind in aller Regel weit mehr als 10 Sitzungen nötig. Es kommt einer Aufblähung des schriftlichen Verkehrs gleich, ohne dass deswegen eine Reduktion der Therapien erreicht werden kann. Eher wäre ein Verfahren zu schaffen, das eine Therapeutin verpflichten würde, der Vertrauensärztin dann sofort Bericht zu erstatten, wenn ersichtlich wird, dass innerhalb von 40 oder 60 Stunden eine Therapie nicht beendet werden kann. Dies könnte es möglich machen, Therapien von mehr als 10 bis höchstens 40 oder 60 Stunden ohne grossen administrativen Aufwand zu erledigen, würde aber trotzdem dazu zwingen, bei längerfristig angelegten Therapien frühzeitig Bericht zu erstatten. Schwierigkeiten ergäben sich einzig bei länger dauernden Kriseninterventionen, die nach z.B. 30 Stunden in eine längere Therapie übergehen. Aber auch dies wäre in der Regel nach spätestens 30 Sitzungen absehbar und könnte innert nützlicher Frist noch geregelt werden.

Art. 3, Abs. 2: Stossend ist es m.E., dass die behandelnden Ärztinnen zu ausführlichen Begründungen verpflichtet werden, über die Begründungspflicht der Vertrauensärztinnen aber kein Wort verloren wird. Es sollte unbedingt verlangt werden, dass die Vertrauensärztin einen Vorschlag zur Weiterführung der Therapie, ob sie ihn anerkennt oder ablehnt, ausreichend

begründet – oder dass sie weitergehende Informationen einholen muss, wenn ihr diese Begründung noch nicht möglich erscheint. Nur so kann gewährleistet werden, dass der einreichenden Psychiaterin eine schlecht begründete, abschlägige Antwort erspart bleibt, wie es dem hier Schreibenden vor noch nicht allzu langer Zeit geschehen ist, als er von einem Vertrauensarzt die Auskunft erhielt, Psychoanalysen würden durch die KLV nicht gedeckt, nachdem er über mehrere Seiten die depressive Störung und ihre psychoanalytische Psychotherapie eines Patienten dargelegt hatte. (Ich kenne Kolleginnen, die den Begriff psychoanalytische Psychotherapie deswegen bereits in Selbstzensur vermeiden, weil sie verschiedentlich schwierige Auseinandersetzungen mit Vertrauensärztinnen hatten).

Art. 3, Abs. 2: *Vor der 10. Konsultation ... für maximal 30 weitere Konsultationen:* Was gegen den ersten Bericht nach spätestens 8 Konsultation einzuwenden ist, wurde oben dargelegt. Warum maximal 30 weitere Konsultationen? Jeder Zahl, die hier eingeführt wird, haftet eine gewisse Beliebigkeit an. War es bisher ein erster Bericht nach 60 Sitzungen, so stellt sich die Frage, warum man nicht dabei bleibt – es sind mir keine inhaltlichen Begründungen bekannt, sie werden auch im Kommentar nicht geliefert. Wenn Änderungen beschlossen werden sollen, so müssten doch Nachteile der bisherigen oder Vorteile der neuen Regelungen begründet werden – es sei denn, es handle sich um eine vermehrte Kontrolle, die aber nicht benannt werden soll. Hier meldet sich beim Leser das ungute Gefühl des Generalverdachts.

Art. 3, Abs. 2: *„Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll.“* Wenn die Vertrauensärztin nur ein Vorschlagsrecht hat – heisst das, dass am Ende doch irgendwelche fachlich nicht qualifizierten Kassenorgane selbst über den Kopf der Vertrauensärztin hinweg eine Weiterbehandlung ablehnen kann? Und was sehen die Verfasser des Entwurfs für diesen Fall vor?

Art. 3, Abs. 2: *„Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin kann in Ausnahmefällen längere Berichtsintervalle festlegen“.* Warum nur in Ausnahmefällen? Ich schlage folgende Formulierung vor: *„Die Vertrauensärztin kann in begründeten Fällen längere Berichtsintervalle festlegen.“*

Art. 3, Abs. 4: Die Fragestellungen und Auswertungsmodalitäten dieser Untersuchungen müssen zwischen BAG, Versicherern und Leistungserbringerinnen vor Beginn des Versuchs detailliert festgeschrieben werden.

### Zum Kommentar:

ad 3: Hier wird eine Unterscheidung angestrebt zwischen „Psychotherapie“ und „psychotherapeutische Elemente im Rahmen eines erweiterten Therapiekonzeptes“. Diese Unterscheidung solle daran gemessen werden können, dass im ersten Fall regelmässige Konsultationen stattfinden und wenige oder keine Medikamente abgegeben werden, während bei letzterem medikamentöse Therapie und sozialtherapeutische Interventionen stattfinden. Diese Unterscheidung hat schon bisher nicht funktioniert und dem Schreibenden ist verschiedentlich bescheinigt worden, er habe ausführlich Bericht zu erstatten, selbst wenn es um eine langfristige Behandlung eines chronisch-psychotischen Patienten ging. Es wäre wünschenswert, wenn eine solche Unterscheidung gemacht wird, dass sie im Rahmen der KLV getroffen wird und nicht nur in einem vorläufigen Kommentar zur Vernehmlassung. Es sollte sichergestellt werden, dass langfristige sozialpsychiatrische Betreuungen (auch von Angehörigen) und Behandlungen (mit oder ohne Medikation – was es aus verschiedensten Gründen ebenfalls gibt), ohne grosse Komplikationen weitergeführt werden können.

ad 8: (s. auch oben unter Art. 3, Abs. 4). Es wäre m.E. zu prüfen, ob nach einem möglichen Gespräch zwischen Behandlerin und Vertrauensärztin eine informelle Kommission eingesetzt werden könnte, die zuerst relativ formlos auf dem Korrespondenzweg entscheiden würde und die z.B. aus 2 Vertreterinnen der FMPP (und von santésuisse anerkannt) bestehen würde, deren Entscheidung einstimmig zu erfolgen hat. Erst bei einem Scheitern dieser Vermittlung (weil ihr Entscheid von einer der beteiligten Parteien abgelehnt wurde), wären formellere Vorgehensweisen zu prüfen. Lehnt die Kasse ein Behandlungsbegehren weiter ab, so hat sie eine gerichtlich anfechtbare Verfügung zu erlassen, andernfalls Patientinnen völlig rechtlos bleiben.

ad 9): Hier wird eine Selbstverständlichkeit gefordert, die nur wieder als Misstrauen gegenüber den delegierenden Ärztinnen verstanden werden kann. Ich erlaube mir aber, hier noch einen kleinen Exkurs zur delegierten Psychotherapie anzufügen: Die Vorstellung, dass die delegierte Psychotherapie in den Räumen der delegierenden Ärztin stattfinden muss, fusst wohl auf einer medizinisch-chirurgischen Parallele: der verantwortliche Chirurg sollte sofort eingreifen können, wenn der noch nicht fertig ausgebildete Praxisassistent einen „Fehler“ macht oder nicht mehr weiter weiss. Eine solche Vorstellung ist der Psychotherapie fremd: der „delegationsnehmende“ Psychologe kann nicht plötzlich die Sitzung unterbrechen, um Hilfe zu holen und noch weniger kann der delegierende Arzt von sich aus einfach eingreifen. Das Mittel der Wahl, um eine Psychotherapie von aussen zu strukturieren, ist nur die kontinuierliche Supervision, an welcher

der delegierende Arzt selbst das grösste Interesse hat, ist es doch er, der die Verantwortung für die Therapie trägt – und damit auch die Verantwortung für ihr allfälliges Scheitern. Der Versuch, Kosten zu sparen, erfolgt hier nicht durch inhaltliche, sondern rein formale Kriterien, wo doch die Qualität der Behandlung im Interesse aller Beteiligten viel höher zu gewichten wäre.

#### Zusammenfassung:

1. Die FMH ist in die Vernehmlassung einzubeziehen
2. Art. 2, Abs. 1: Abweichungen von den sog. Hauptverfahren sind den Vertrauensärztinnen ausreichend zu begründen
3. Art. 2, Abs. 2: der Passus: „auf einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut“ ist zu streichen.
4. Art. 2, Abs. 2: „Vorausplanung“ ist so zu umschreiben, dass der Spezifität psychodynamischer Betrachtungs- und Arbeitsweise Genüge getan wird.
5. Art. 3, Abs. 1: Es soll folgende (oder eine ähnliche) Formulierung eingefügt werden: „Die Kassen haben die Pflicht, eine Psychotherapie in vollem Umfang zu gewährleisten, sofern Patientin und Behandlerin einem gemeinsamen Behandlungskonzept zustimmen und es der Vertrauensärztin der Kasse gegenüber plausibel machen können. Dabei sind den Kriterien von Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit Rechnung zu tragen“.
6. Art. 3, Abs. 1: Soll so umformuliert werden, dass ein erster Bericht abgeliefert werden muss, sobald ersichtlich wird, dass eine Therapie nicht innerhalb von 40 oder 60 Stunden beendet werden kann.
7. Art. 3, Abs. 2: Einfügen: „Die Vertrauensärztinnen sind verpflichtet, ihre Entscheide ausführlich zu begründen“.
8. Art. 3, Abs. 2: Es ist zu gewährleisten, dass Kassenorgane nicht gegen den Willen der Vertrauensärztinnen Behandlungen (ohne ausreichende Begründung) ablehnen können.
9. Art. 3, Abs. 2: „Die Vertrauensärztin kann in begründeten Fällen längere Berichtsintervalle festlegen“
10. Art. 3, Abs. 4: Die Fragestellungen und Auswertungsmodalitäten dieser Untersuchungen müssen zwischen BAG, Versicherern und Leistungserbringerinnen vor Beginn des Versuchs detailliert festgeschrieben werden.

#### Zum Kommentar:

ad 3): Es muss sichergestellt werden, dass langfristige sozialpsychiatrische Betreuungen (auch von Angehörigen) und Behandlungen (mit oder ohne Medikation – was es aus verschiedensten Gründen ebenfalls gibt), ohne grosse Komplikationen weitergeführt werden können.

ad 8: Es sind informelle Schlichtungskommissionen einzusetzen, die relativ formlos Entscheide der Vertrauensärztinnen überprüfen können. Kommt weiterhin keine Einigung zustande, hat die Kasse im ablehnenden Fall eine gerichtlich anfechtbare Verfügung zu erlassen.

ad 9: Es ist grundsätzlich zu fordern, dass inhaltliche statt formale Kriterien zur Anwendung kommen.

Ich bitte Sie nochmals, diese Stellungnahme den Mitgliedern der Eidg. Leistungskommission zuzustellen. Eine Kopie dieses Schreibens geht an Herrn Dr. Hans Kurt, Präs. SGPP.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr.med. Josef Guggenheim)