

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(13)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
10.1.2019

BUNDESVERBAND DER
VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.

bvvp

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Vorsitzender
Erwin Josef Rüdell
Platz der Republik 1
11011 Berlin

VORSTAND

VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Psychologischer Psychotherapeut

1.STELLV. VORSITZENDE

Angelika Haun, Fachärztin für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

2.STELLV. VORSITZENDER

Martin Klett, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut

09.01.2019

Expertenanhörung des Gesundheitsausschusses am 16.01.2019

Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG)

Dr. Michael Brandt
Ariadne Sartorius
Tilo Silwedel
Dr. Elisabeth Störmann-Gaede

Norbert Bowe
Ulrike Böker,
Rainer Cebulla
Dr. Frank Roland Deister
Jürgen Doebert
Dr. Roland Hartmann
Yvo Kühn
Eva-Maria Schweitzer-Köhn
Mathias Heinicke

1. bvvp begrüßt die Förderung der Sprechenden Medizin

Die im TSVG beabsichtigte Förderung der zuwendungsorientierten, „sprechenden Medizin“ ist lange überfällig und wird von uns sehr begrüßt. Die Überprüfung der technischen und nicht-technischen Anteile der Vergütung bis Mitte 2019 zu diesem Zweck ist sinnvoll. Gerade die Vorgaben hinsichtlich einer Förderung der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen sollten allerdings im Detail genauer gefasst werden. Ohne eine solche Präzisierung laufen diese Fachgruppen Gefahr, innerhalb der Selbstverwaltung keine angemessene Vergütung zu erreichen.

Dies betrifft nicht nur eine Förderung der Gesprächsleistungen, auch die regelmäßige und sachgerechte Überprüfung der angemessenen Vergütung der Psychotherapie muss gewährleistet sein. Der bvvp schlägt dafür (erneut) folgende Neufassung des § 87 Abs. 2c Satz 6 vor:

„Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten.“

Den übrigen Arztgruppen ist es bereits seit 2007 möglich, die vom Jahr 2008 an vereinbarten Arzteinkommen zu erzielen (s. IGES Gutachten 2010). Wenn dies nicht auch in den P-Fächern erreicht wird, wird es unter den gegebenen Bedingungen des Ärztemangels ganz besonders an Nachwuchs in den Bereichen Psychosomatische Medizin und Psychiatrie fehlen. Die Merkmale einer attraktiven Profession sind gute wirtschaftliche

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

Rahmenbedingungen ebenso wie gute Arbeitsbedingungen und Versorgungsstrukturen. Gerade für die ärztliche Psychotherapie, die ein wichtiges Teissegment des Versorgungsspektrums besonders bei psychosomatisch erkrankten Menschen abdeckt, ist es extrem wichtig, gute und mit anderen Arztgruppen vergleichbare Rahmenbedingungen zu schaffen.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass im Zusammenhang mit der Vollausslastung einer psychotherapeutischen Praxis immer wieder die Zahl von 36 Behandlungsstunden in der Woche auftaucht, die dann häufig auch noch mit einer durchschnittlichen Auslastung verwechselt wird. Die Zahl kommt aus der Formel des Bundessozialgerichts zur Ermittlung der Mindestvergütung für eine genehmigungspflichtige Sitzung. Hierfür wurde eine optimierte fiktive Modellpraxis konstruiert, die maximal 36 Sitzungen erreichen kann. Für 97 % der Praxisinhaber ist das bezogen auf die reale, durchschnittliche Versorgungskapazität eine nicht zu bewältigende Überforderung.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Finanzierung sollten darüber hinaus alle zeitgebundenen psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen dauerhaft extrabudgetär vergütet werden, wie es derzeit bei einigen Leistungen – allerdings zeitlich begrenzt – schon der Fall ist.

Die im TSVG vorgesehenen finanziellen Anreize zur Aufnahme neuer Patienten sollten auch auf die Psychotherapie ausgedehnt werden. Dazu sollten die Bewertungen der sehr aufwändigen Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung angehoben werden. Das würde auch ermöglichen, Bereiche der Erstversorgung, Indikationsstellung und sinnvollen Patientensteuerung besser vom Bereich der Richtlinienpsychotherapie abzugrenzen und damit die psychotherapeutische Versorgung noch besser zu strukturieren.

2. Der im TSVG vorgesehene Absatz 51b) zum § 92 Abs. 6a SGB V

Im Kabinettsentwurf des TSVG wurde kurzfristig ein Zusatz zum § 92 Abs.6a SGB V eingeführt. Er sieht eine „gestufte Steuerung“ von hilfeschekenden psychisch kranken Menschen vor: Ausgesuchte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Qualifikation erst noch durch den G-BA definiert werden soll, sollen dann in Voruntersuchungen entscheiden, welchem Hilfs- bzw. Therapieangebot die Betroffenen zugeführt werden. Eine derartige Selektion bevor eine Behandlung in Anspruch genommen werden kann, hebt den freien Zugang zum Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten aus. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind im Kabinettsentwurf nicht erwähnt, werden vermutlich aber auch noch in das Gesetzesvorhaben eingeschlossen.

Wir fordern den Gesundheitsausschuss auf, dafür Sorge zu tragen, dass der Zusatz zum § 92 (6a) im TSVG ersatzlos gestrichen wird.

7 Gründe für die Streichung:

1. Dieses Gesetzesvorhaben diskriminiert eine ganze Patientengruppe. Während somatisch Erkrankten der freie und schnelle Zugang zur Behandlung erleichtert werden soll, soll den psychisch kranken Patientinnen und Patienten aufgebürdet werden, oftmals enorme, hoch schambesetzte seelische Belastungen gegenüber Behandlern darzustellen, die sie danach in der Regel nicht wiedersehen werden und die sie nicht selbst nach Vertrauensgesichtspunkten gewählt haben.

2. Es entsteht ein neues Nadelöhr vor der eigentlichen Behandlung.

3. Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 sind neue Strukturen eingeführt worden, deren Auswirkungen zunächst erfasst und evaluiert werden müssten, bevor über neue

Eingriffe entschieden werden kann. Wir verweisen hier auf die ablehnende Empfehlung und Begründung des Bundesrats zu diesem Thema. Der bvvp lehnt deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch jede andere Änderung in der Psychotherapierichtlinie ab.

4. Der Zusatz zum § 92 diskriminiert darüber hinaus auch die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten, die aufgrund ihrer Fachkunde und Zulassung alle über die Qualifikation zur Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung verfügen. Wer soll hiervon ausgeschlossen werden?

5. In der Studie der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ wurde nachgewiesen, dass Psychotherapeuten korrekte Behandlungsindikationen stellen.

6. Mehrere unabhängige Versorgungsstudien belegen, dass in Deutschland mit gutem Erfolg und zur hohen Zufriedenheit der Patienten behandelt wird und die Behandelten zuvor nachweislich erheblich psychisch belastet waren.

7. Das geplante Vorgehen bindet völlig unnötig die Ressourcen von Ärzten und Psychotherapeuten, die damit der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung entzogen werden. Die beabsichtigte Neuregelung kann nur als der ungerechtfertigte Versuch einer Rationierung von Behandlungsleistungen aufgefasst werden. Bei noch unzureichender Bedarfsdeckung soll offensichtlich die Versorgung durch Priorisierung und Behandlungseinschränkungen ‚fürsorglich eingehegt‘ werden. Das wäre ein folgenschwerer Eingriff in die Versorgungsstruktur psychisch kranker Menschen.

Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie umfassen einen bedeutenden Teil des ambulanten Versorgungssystems psychischer Erkrankungen, aber eben bewusst nur einen Teil. Darüber hinaus findet psychiatrische, neurologische und psychosomatische Versorgung statt. Diese Versorgungsangebote werden von der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfasst, müssen aber bei Konzepten zur Versorgung psychisch kranker Menschen berücksichtigt werden. Aus der Art der Behandlungsnotwendigkeiten und der Zielgruppe folgt, dass mögliche Regelungen zur Verbesserung nicht in der Psychotherapie-Richtlinie stattfinden können, sondern z.B. auf Vertragsebene, wie das in manchen Modellprojekten bereits in Selektivverträgen stattfindet. Derartige Regelungen können nicht in allen Belangen 1:1 in den Kollektivvertrag übersetzt werden. Es müssen also auch hier weitere Überprüfungen und sorgfältige Folgeabwägungen stattfinden. Erfolgreich erprobte Behandlungskonzepte sollten dann im Bundesmantelvertrag festgelegt werden. Dort liegt ein möglicher Weg, ohne die gerade erst reformierte Psychotherapie-Richtlinie zu verwerfen.

Darüber hinaus sollten Patienten mit komplexen und chronischen Erkrankungen altersspezifisch differenziert werden: Für Kinder und Jugendliche sind z.B. die besonderen entwicklungspezifischen Aufgaben und Ausdrucksmöglichkeiten, sowie ihre Abhängigkeit von Eltern und Bezugspersonen zu beachten. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden im Gesetzentwurf nicht einmal ausdrücklich genannt, obwohl sie für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die begleitende Arbeit mit den Bezugspersonen speziell qualifiziert sind. Für komplex psychisch erkrankte Kinder, v. a. aber für Jugendliche und junge Erwachsene bis zum vollendeten 21. Lebensjahr wurde z.B. in der Vertragswerkstatt der KBV schon ein Vertragsmodell zur „Koordinierten und strukturierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychischen Erkrankungen im Kompetenzverbund“ von Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinderärzten entworfen. Dieses Vertragsmodell, das grundsätzlich als Anhang an den Bundesmantelvertrag konzipiert ist, berücksichtigt die spezifischen Kooperationsbedingungen einer interdisziplinären Versorgung konzeptionell.

Psychotherapeuten behandeln weder die falschen Patienten, noch behandeln sie zu lange. In einer Studie der Techniker Krankenkasse aus 2011 (<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/54714>, Seite 66 ff) sowie im Vergleich von Abrechnungsdiagnosen von Psychotherapeuten und Psychiatern zeigt sich, dass Psychotherapeuten das ganze Spektrum psychischer Erkrankungen behandeln, auch schwer psychisch kranke Patienten (vgl. Psychotherapie Aktuell 4/2018). Andere Studien belegen die individuelle und am Bedarf abgestimmte Behandlungsdauer (vgl. *Multmeier-Studie der KBV, siehe Anlage projekt-pt Seite 11 ff*). Außerdem überprüft das Gutachterverfahren die Notwendigkeit und Angemessenheit psychotherapeutischer Behandlungen. Psychische Diagnosen, die nach Internationalen Diagnoseschlüsseln kodiert sind, geben wenig Aufschluss über die Schwere der Störung. Dafür gibt es Skalen, die am Funktionsniveau des Patienten orientiert sind, aber nicht in die ICD eingehen.

Als mögliche Alternative für eine Änderung im TSVG, die die vorhergehenden Überlegungen aufgreift, wird eine Ergänzung des Absatz 1 im § 87 SGB V um einen Absatz (1c) vorgeschlagen:

„Die Partner des Bundesmantelvertrags werden beauftragt, Regelungen für eine interdisziplinäre koordinierte und strukturierte Versorgung von Menschen zu entwickeln, die auf Grund neurologischer oder psychischer Krankheiten einen komplexen Behandlungsbedarf haben.“

Die Begründung soll heißen:

Die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf umfasst vertragsärztliche neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, tagesklinische und rehabilitative Angebote, neuropsychologische Behandlung sowie auch sozialpsychiatrische und komplementäre wohnortnahe Angebote. Diese müssen im Sinne einer ambulanten Komplexbehandlung interdisziplinär koordiniert werden, zum Teil berufsgruppenübergreifend gestaltet sein und auch ergänzende niederschwellige Angebote umfassen.

Für die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der Versorgung sind daher die strukturellen Voraussetzungen für eine vernetzte Behandlung in der ambulanten Regelversorgung auszubauen und die dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern zu etablieren - inklusive ihrer angemessenen Vergütung. Dies führt auch zu einem effizienteren Einsatz von Ressourcen und damit zur erwünschten Verbesserung bei der Gewährleistung eines zeitnahen Behandlungszugangs, der dem individuellen Behandlungsbedarf entspricht. Als Regelungsort erscheint der Bundesmantelvertrag geeigneter, da hier interdisziplinär-koordinative Versorgungsaufträge verortet sind.

3. Bedarfsplanung

Derzeit geht die zeitnahe Erstversorgung zu Lasten der Richtlinienpsychotherapie, weshalb die Einführung der Terminservicestellen TSS nicht zu einer insgesamt verbesserten psychotherapeutischen Versorgung führt. Die TSS bewirken keine Ausweitung der Kapazitäten der Psychotherapeuten mit ihren zeitgebundenen Leistungen.

Hilfreich für die Versorgung wäre eine kritische Überprüfung der Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten in Hinblick auf den realen Bedarf. Besonders die ländlichen Regionen und die Gürtel um die Großstädte verzeichnen noch immer einen großen Mangel. Die Spreizung in den Verhältniszahlen der Bedarfsplanung zwischen unterschiedlichen Regionstypen entspricht in keiner Weise der Prävalenz und Verteilung psychischer Erkrankungen.

Der bvvp drängt deshalb darauf, dass die Reform der Bedarfsplanung nicht länger hinausgezögert wird. Die Zulassungsausschüsse in den KVen müssen Spielräume erhalten, weil dort die regionale Versorgung am besten erfasst und gesteuert werden kann. Maßnahmen zur Ausweitung der TSS können bei den Psychotherapeuten nur auf dem Boden eines bedarfsgerechten und ausreichenden Behandlungsangebots greifen. Alles andere verdeckt nur die eigentlichen Probleme, die nicht mittels vermehrter Kontrolle lösbar sind.

Wartezeiten im Bereich der Psychotherapie haben nichts mit „Zweiklassenmedizin“ zu tun. Wenn es zu solchen Effekten zwischen GKV und PKV überhaupt kommt, dann eher in umgekehrter Richtung: PKV-Patienten sind wegen der blockierten Reform der GOÄ und damit auch der GOP eher benachteiligt. Die Honorierung ist vergleichsweise schlecht und der Verwaltungsaufwand höher und komplizierter als in der GKV, sodass die Behandlung von PKV-Versicherten wirtschaftlich nicht attraktiv ist.

Als großes Problem betrachten wir den Mangel an Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychosomatische Medizin. Eine qualitativ gute Komplexbehandlung von Patienten mit spezifischen Störungsbildern kann nur in Kooperation mit diesen Facharztgruppen durchgeführt werden. Das Problem des Mangels an Psychiatern und Psychosomatikern kann nicht über die Richtlinien-Psychotherapie kompensiert werden. Es fehlen Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels und ganz besonders zur Behebung des Mangels an Psychiatern und Psychosomatikern.

4. Terminservicestelle mit Vermittlung rund um die Uhr und Vermittlung von Terminen für die Langzeittherapie sind unsinnig

Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich auch, dass rund um die Uhr erreichbare TSS keinen weiteren Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung bringen. Akute Erkrankungen werden bereits durch die 2017 neu eingeführte „Akutbehandlung“ versorgt.

Bei der Behandlung von Patienten, für die Richtlinienpsychotherapie indiziert ist, ist die Übernahme der Kosten durch die Kassen an diverse Voraussetzungen gebunden. Ob diese vorliegen, wird zuvor im Gutachterverfahren überprüft. Das ist eine gute Qualitätssicherung, dient aber vor allem dem Zweck der Wirtschaftlichkeit. Zu den Voraussetzungen einer Richtlinien-Psychotherapie gehören neben vielem anderen eine stabile, länger anhaltende Motivation, eine ausreichend gute partielle Lebensbewältigung, die u. a. auch eine gewisse Wartefähigkeit impliziert. Probatorische Sitzungen dienen der Abklärung sowohl der therapeutischen Passung auf beiden Seiten als auch der vielen Voraussetzungen in der Indikationsstellung für eine Richtlinien-therapie. Wenn ein Psychotherapeut probatorische Sitzungen an die TSS meldet, muss ihm die Kapazität für sich eventuell daraus ergebende, über Monate andauernde regelmäßige Sitzungen zur Verfügung stehen. Auch dieses Kapazitätsproblem kann nicht über die TSS gelöst werden, auch nicht mit einer Erreichbarkeit von 24 Stunden an 7 Tagen, sondern nur über eine ausreichende Zahl an Sitzen und Psychotherapeuten. Die TSS erhöhen nur den ohnehin hohen bürokratischen Aufwand weiter, der wiederum die Zeit für die Patientenbehandlung einschränkt.

5. Es fehlen Maßnahmen gegen den Ärztemangel

Keinerlei Verständnis kann der bvvp für die Tatsache aufbringen, dass nun ein weiteres Versorgungsgesetz entstehen soll und dabei auf den bestehenden eklatanten Ärztemangel mit keinem Wort eingegangen wird. Es fehlt eine fundierte Analyse dieser Entwicklung und ein Maßnahmenpaket, das zur Behebung des Problems beitragen könnte. Sonstige Maßnahmen erscheinen ohne fundierte Abwägung der Folgen: als ein Versuch, die Probleme mit gestei-

gerter Kontrolle zu lösen, statt an den Ursachen anzusetzen, eine reine Symptombehandlung ohne nachhaltigen Effekt. Es muss im Gegenteil befürchtet werden, dass genau durch diese Maßnahmen der Arztberuf noch unattraktiver wird.

Es gibt zwar bislang trotz prekärer Ausbildungsbedingungen keinen Nachwuchsmangel im Bereich Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Es gibt aber einen besonders ausgeprägten Nachwuchsmangel in den Bereichen der Psychosomatischen Medizin und auch der Psychiatrie, der sich wie bereits beschrieben auswirkt.

Ärzte arbeiten ohnehin im Schnitt bereits 52 Stunden. Der Plan, zur Behandlung des Symptoms in den Bundesmantelvertrag einzugreifen und dort eine um fünf Stunden verlängerte Sprechstundenzeit zu verankern, wirkt immanent abwertend. Er suggeriert, die Misere bestehe, weil Ärzte zu wenig arbeiteten. Er wird zudem keine Veränderung bewirken, weil Ärzte im Schnitt ohnehin schon in höherem Umfang arbeiten als hier gefordert.

Wenn es zu Sprechstundenzeiten unterhalb der 25 Std./Woche kommt, hat dies mit Praxisstrukturen zu tun, die dazu führen, dass ein guter Teil der Arbeitszeit auf Tätigkeiten entfällt, die nicht direkt am Patienten erbracht werden. Hinzu kommt - gerade im Bereich Psychotherapie - die Begrenzung der persönlichen Aufnahmefähigkeit für belastendes Material - wie auch die Nicht-Delegierbarkeit der allermeisten Leistungen an Personal und die fehlende Möglichkeit, sich im Krankheits- und Urlaubsfall auf der eigenen Abrechnungsnummer vertreten zu lassen. Ein weiterer Grund liegt darin, dass in der Psychotherapie die persönliche Beziehung zum Patienten eine herausgehobene Rolle spielt. Den erforderlichen Gestaltungsspielraum der Praxen mit höchst unterschiedlichen Schwerpunkten einzuengen, wird bei vielen Psychotherapeuten zu Resignation und ggf. zu früherem Rückzug aus der vertragsärztlichen Versorgung (in reine Privatpraxen oder ggf. in den Ruhestand) führen. Angesichts des Durchschnittsalters der Niedergelassenen von ca. 56 Jahren muss daher damit gerechnet werden, dass statt einer Versorgungsverbesserung aus den geplanten Änderungen eine Verknappung des ambulanten Behandlungsangebotes resultieren wird. Uns scheinen die vorgesehenen Gesetzesregelungen an wesentlichen Ursachen der Versorgungsengpässe vorbeizugehen. Wir fürchten daher, dass sie den intendierten Zweck verfehlen.

6. Ärztequote in der Bedarfsplanung

Sinnvoll im Sinne der Versorgung ist hingegen:

1. Die Ärztequote soll mit 25 % erhalten bleiben, um Ärzte für die psychotherapeutische Versorgung zu gewinnen.
2. Ärzte mit (dem ggf. fachgebundenen) Zusatztitel Psychotherapie sollen sich als Ärztliche Psychotherapeuten niederlassen können.
3. Im Zusammenhang mit dem bestehenden eklatanten Nachwuchsmangel - ganz besonders in der Psychosomatischen Medizin - muss es den jetzt tätigen ärztlichen Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychosomatische Medizin möglich sein, sofern kein ärztlicher Nachfolger gefunden wird, die Praxis mit Versorgungsrelevanz auch an einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten abzugeben. Die Schnittmenge im Leistungsprofil beträgt bei den verschiedenen Berufsgruppen der psychotherapeutischen Leistungserbringer ca. 85 Prozent, ihr Bedarf wird demgemäß in einer Gruppe geplant.

Diese Option muss gesetzlich verankert werden. Bislang gibt es nur richterliche Urteile, aber keine gesetzliche Regelung.

7. Besonderer Schutz der Patientendaten

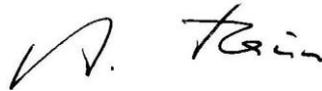
Daten aus psychotherapeutischen Praxen sind besonders sensibel, was Datenschutz und Schweigepflicht betrifft. Psychotherapeuten und Psychiater erfahren sehr viel Persönliches und dokumentieren umfangreich. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden immer noch stigmatisiert. Der gegenwärtige Wildwuchs an Apps, über die Patientendaten mit den Krankenkassen ausgetauscht werden und die bereits in großem Umfang gehackt wurden, ist untragbar.

Wir drängen deshalb auf den besonderen Schutz dieser Patientendaten auf den elektronischen Gesundheitskarten wie auch jene, die auf der geplanten elektronischen Patientenakte gespeichert werden sollen.

Mit freundlichen Grüßen



Benedikt Waldherr
Vorsitzender des bvwp Bundesvorstandes



Angelika Haun
Stellvertretende Vorsitzende