

## **Fragenkatalog der VPZ-Mitglieder an der Fortbildungsveranstaltung zum Anordnungsmodell**

vom 4. November 2022

**Beantwortet durch Frau Gabi Rüttimann (ASP)**

### **Anordnung**

*Wer kann eine Anordnung ausstellen?*

Innerer Mediziner, Psychosomatiker, Psychiater, Kinderärzte

Das übliche Vorgehen lautet wie folgt: Nach 15 Sitzungen mit dem anordnenden Arzt Rücksprache nehmen (dies reicht per Telefon), damit die zweiten 15 Sitzungen bewilligt werden. Für diese erste Rücksprache braucht es keine Schweigepflichtsentbindung. Fallführend ist der Therapeut/die Therapeutin.

(Siehe Ablaufschema in der Beilage)

*Der anordnende Arzt ist ein «praktischer Arzt», also kein Dr. med. der Inneren Medizin. Wird das von den KK toleriert?*

„Praktische Ärzte“ prakt. Arzt haben keinen Fachtitel (- es sind meist ausländische Fachleute, der Titel ist veraltet und wird nicht mehr vergeben) und dürfen nicht anordnen. Hier könnte lediglich die Krisenintervention über 10 Sitzungen ausgestellt werden.

med. pract (= lediglich keine Dissertation bzw. keine akademische Weihe) hier ist die Ausstellung einer Anordnung möglich.

Weitere Infos unter dem Medizinalberuferegister des BAG:

<https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>

*Wie lange gilt die Anordnung? 2 x 15 Sitzungen in welcher Zeitspanne? 1 Jahr, 10 Jahre?*

Es gibt keine zeitliche Limite

*Gibt es auch Anordnungen für weniger Stunden?*

Es gibt 15 Stunden – weniger ist nicht möglich. Wenn es eine diagnostische Abklärung braucht, dann könnte dies über eine klinische Psychologin/Psychologen laufen, hierfür werden 5 Stunden gesprochen. Grundsätzlich gelten aber die normalen Anordnungen. Wenn es weniger Sitzungen braucht, dann braucht es halt weniger.

Jeder Patientenkontakt ist 1 Sitzung, egal ob die Sitzung 30 Minuten oder 60 Minuten dauert. Auch eine Mail mit konkreter Kommunikation mit dem Patienten, gilt als eine Sitzung und wird dem Klienten beim Guthaben abgezogen.

Ein Gespräch mit einem anderen Therapeuten, gilt als Gespräch mit einem Dritten, dies wird dem Klienten nicht als Sitzung abgezogen. Als Sitzung wird alles gesehen, was direkt mit dem Patienten kommuniziert wird.

*Wenn Klient\*innen die Therapeuti\*innen wechseln, wird dann die bewilligte Anzahl Sitzungen wieder neu gestartet? Oder werden einfach die verbleibenden Sitzungen noch von der Krankenkasse bezahlt? Dh., es könnte sein, dass Psychotherapeut\*innen im Falle eines Wechsels ihre neuen Klient\*innen bereits nach 2-3 Sitzungen für ein psychiatrisches Gutachten anmelden resp. beurteilen müssten?*

Die Anzahl Sitzungen läuft weiter, bis die ersten 30 Sitzungen aufgebraucht werden. Ein Therapeutenwechsel spielt keine Rolle bei der Zählung.

Es könnte aber somit sein, dass bereits nach kurzer Zeit ein Bericht verfasst werden müsste, dies ist aber sinnvollerweise im Vorfeld/bei der Anmeldung zu prüfen und abzuwägen.

*Wenn Klient\*innen nach 29 Sitzungen die Behandlung beenden (viele wollen kein psychiatrisches Gutachten), oder wenn nach dem GA eine weitere Behandlung von der Krankenkasse abgelehnt wird, gibt es dann eine Wartefrist für eine Wiederaufnahme der Psychotherapie? Falls ja, wie lange wäre diese?*

Dies ist leider noch nicht bekannt.

*Gibt es bei den Anordnungen wirklich keine Zeitlimiten für die 15 Sitzungen?*

Genau, es gibt keine zeitliche Limite oder Gültigkeit, die Anordnung verfällt nicht.

*Braucht es bei einem Therapeutenwechsel eine neue Anordnung?*

Falls die Therapeutin/der Therapeut während den ersten 30 Sitzungen ändert, so startet man bei der nächsten Sitzung im laufenden Fall. Die Anordnung ist bei der Versicherung vermerkt und diese zählt die Sitzungen. Man kann also den Therapeuten wechseln innerhalb der 30 Sitzungen. Es liegt in der Verantwortung des Patienten (oder man erkundigt sich bei der Versicherung) wie viele Sitzungen der ersten Anordnung noch offen sind. Ab einer gewissen Anzahl bereits verbrauchten Sitzungen muss man jedoch aufpassen, dass man dann nicht sofort den Bericht schreiben muss. Dies könnte schwierig werden je nach Situation. Hier muss man den Patienten klar aufklären. Im schlimmsten Fall muss eine neue Anordnung verlangt werden. Es empfiehlt sich, relativ schnell die erste Rechnung zu stellen. So stellt man sicher, dass die Bezahlung klappt und die Reihenfolge der Sitzungen korrekt gebucht wird.

*Kann eine Klinik auch anordnen?*

Ja, durch den entsprechenden Klinikarzt

*Ein, zwei Sitzungen finden vor der Anordnung statt, wie kann man diese verrechnen, wenn Klientin die Anordnung nicht besorgt?*

Die Sitzungen vor Anordnungsbeginn müssen privat bezahlt werden, oder der anordnende Arzt passt das Ausstellungsdatum auf der Anordnung an. Die Sitzungen können nur mit einer gültigen Anordnung über die OPK verrechnet werden.

*Meine Klientin hat 6 Sitzungen (1. Anordnung) bei mir gemacht und wird nun bei einer Psychotherapeutin, die ebenfalls über die Grundversicherung abrechnen kann, in Zürich weiterfahren. Muss sie sich eine neue Anordnung besorgen?*

Nein

*Werden ihr die 6 Sitzungen dabei abgezogen? Oder kann sie neu starten?*

Die Zählung der Sitzungen läuft weiter, es wären also noch 24 Sitzungen übrig.

*Muss sie die neue Therapeutin diesbezüglich orientieren – oder liegt das an mir, d.h. soll ich ihr die Anordnung aushändigen und dazu eine Bestätigung schreiben, dass wir davon bereits 6 Sitzungen hatten.*

Es ist auf jeden Fall zu empfehlen, dass die neue Therapeutin orientiert wird, da die Anordnung ja noch gültig ist.

*Meine Klientin geht nach 3 Sitzungen ins Ambulatorium der LUPS für ein Konsilium wegen Medikamenten. Falls sie dort mit der Psychotherapie weiterfahren könnte, würde sie das machen. Müssen Therapien im Ambulatorium ebenfalls über eine Anordnung laufen? Dann stellen sich die gleichen Fragen wie im obigen Fall.*

Klientin an Ambulatorium/Klinik gewechselt, dann braucht es da keine Anordnung dafür. Die Anordnung bleibt bestehen, würde dann weiterlaufen, wenn die Klientin zurückkommt.

*Anordnungsformular*

Der Vermerk auf den Anordnungsformular „Unbekannt“ anstatt „Krankheit“ sollte für die Zahlung der Krankenkasse keinen Einfluss haben.

Bei den Anmerkungen sollten keine Diagnosen reingeschrieben werden. Die Ärzte sollten sonst darauf aufmerksam gemacht werden. Dies darf auch eine Krankenkasse nicht verlangen. Die Versicherung hat das Recht diesbezüglich nachzufragen, kann dann man aber auf den Vertrauensarzt verweisen.

Für die Versicherung stellt sich eigentlich erst nach den ersten 30 Sitzungen die Frage, ob es weitere Therapie braucht.

*Werden nicht offizielle Verordnungen auch als Anordnung akzeptiert?*

Nein

*Muss man, bei Zwischenabrechnungen nach 5 x, und dann wieder nach 5 bis 10 x die Anordnung wieder beifügen?*

Je nach Abrechnungssystem scheint dies anders zu sein. Oft muss die Anordnung bei jeder Abrechnung angehängt werden.

*Anordnung 2: Gibt es da schon genaue Regelungen wie diese erfolgen soll? Wieder Arzt, wir, mit Bericht und in welcher Form?*

Dies ist noch nicht klar. Wenn eine Therapie abgeschlossen ist, ist noch nicht klar, ab wann man dann eine neue Anordnung bekommt.

## **Abrechnen / Tarif**

Es ist ein Minutentarif – wenn Sie 60 Minuten vorgesehen haben, der Klient aber 65 bleibt, dann dürfen Sie 65 Minuten abrechnen. Oder 67 oder 68 genau so lange, wie die Sitzung

dauerte. Dies ist aber jedem überlassen. Wenn man 90 Minuten arbeitet, kann man Vor- und Nachbereitungszeit nicht abrechnen. 90 Minuten pro Sitzung sind die Limite und Vor- und Nachbereitungszeit sind hier eingerechnet.

*Wie verrechne ich nicht eingehaltene oder kurzfristig abgesagte Termine? Wie handhaben die anderen verpasste Sitzungen, die sie verrechnen? Das ist ja keine Leistung, die der Kasse verrechnet werden kann. Separate Rechnung an die Klientin?*

Solche Kosten werden separat an den Patienten verrechnet. Man kann dies nicht als OPK Sitzung verrechnen. Es macht Sinn, irgendwo einen Vermerk auf seiner Website oder auf seinem Stammbblatt zu haben, dass bei Versäumnis oder Terminabsage innerhalb von 48 oder 24 Stunden vor Sitzung der Termin in Rechnung gestellt wird. Dies liegt jedoch in eigenem Ermessen.

*Was ist, wenn der Klient 15-20 Minuten zu spät kommt?*

Dann wird die ganze Sitzung regulär abgerechnet über das OPK. Dies gilt auch für Gespräche von verpassten/verspäteten Sitzungen, die dann per Telefon noch geführt werden. Dies kann dann als fernmündlich abgerechnet werden.

*Wie viel Vor- und Nachbereitungszeit wird toleriert? Gibt es eine Limite?*

Wenn man 90 Minuten arbeitet, kann man vor und Nachbereitungszeit nicht abrechnen. 90 Minuten pro Sitzung sind Limite und vor und Nachbereitungszeit ist hier eingerechnet. Vor und Nachbereitung in maximal 15 Minuten

*Wie können wir die ungerechte Verrechnung korrekt ändern, wenn Klient\*innen jeweils nur z.B. 30 Min.-Sitzungen benötigen, diese Zeit aber genauso wie längere Sitzungen an die 2 x 15 Sitzungen verrechnet wird? (Eine Person hätte dann z.B. einzig 30 x 30 Min. von der Krankenkasse bezahlt, statt 30 x 60 Min.)*

Die Krankenkasse rechnet jeden Kundenkontakt als Sitzung ab, egal ob dieser nun 30 oder 60 Minuten dauert. Man muss also gut darauf achten, wie die Zeit eingesetzt wird.

*Bei Nachfragen bei Berufskolleginnen habe ich gemerkt, dass jeder nach Gutdünken abrechnet. Viele wollen aufgrund des tieferen Grundtarifes so abrechnen, dass sie trotzdem zu ihrem früheren oder noch höheren Einkommen kommen. Mein Anliegen an die WB wäre, dass wir hierzu noch genauere Angaben für eine einheitlichere Abrechnung erhalten würden.*

Die Abrechnung über die OKP ist gegeben, und es rechnet jeder nach seinem Gutdünken ab. Es besteht ja die Limite von 90min pro Sitzung

*Die Position PE030 zur Abrechnung von schriftlicher Therapieplanung habe ich nicht ganz so verstanden. Was genau beinhaltet diese Position und wie kann man diese abrechnen. Gibt es dazu Beispiele?*

Es gibt keine Beispiele, aber man kann z.B. eine ausführliche Dokumentation des Procedere bei der Erstsitzung als Position PE30 abrechnen.

*Muss man über ein elektronisches System abrechnen?*

Momentan sollte eine analoge Abrechnung noch möglich sein. Es wird jedoch kommen, dass man nur noch elektronisch abrechnen kann. Die Auseinandersetzung mit den

möglichen Abrechnungssystemen ist unumgänglich. Am besten man hört sich bei den bekannten Therapeuten um, was verwendet wird und was sich bewährt.

*Wann wird TG angewendet? Wann TP? Wer bestimmt das?*

TP – Krankenkasse zahlt und verrechnet dann an Klienten

TG – Rechnung geht an Klienten und dann an Kasse

Diese Handhabung ist von der Krankenkasse abhängig und es gibt noch keine einheitliche Regelung. Es lohnt sich, zuerst TG anzugeben und wenn dies abgelehnt wird, dann bei der Versicherung nachzufragen. Die meisten Versicherungen verwenden das TP System.

## **Paar-, Familien und Gruppentherapie**

*Bezüglich. PA020*

*Welche Bedingung müssen erfüllt sein, um Paargespräche über die Grundversicherung unter Position PA020 abzurechnen? (Wenn es um Paarproblematik geht, liegt ja keine Diagnose oder Krankheit vor) Oder braucht eine der beiden eine Anordnung?*

*Muss die Rechnung dann aufgesplittet werden über beide Partner, obwohl nur der Indexpatient eine Anordnung hat? (Bei der Familientherapie hat es ja den Indexpatient mit einer Anordnung und die Rechnung geht an den Indexpatienten.)*

Bei einer Paartherapie kann man nach wie vor privat abrechnen lassen, falls aber eine Abrechnung über die Grundversicherung gewünscht ist, dann muss von beiden Partnern eine Anordnung eingefordert werden. Die Abrechnung selber muss gesplittet werden. Wird z.B. 90 Minuten therapiert, dann werden beim einen 45 Minuten bei der anderen 45 Minuten abgerechnet. Vor und Nachbereitung von maximal 15 Minuten können pro Paar aber nur einmal berechnet werden, aber auch diese müssen auf beide Abrechnungen aufgesplittet werden.

3 Therapeuten für 2 Personen: Beide sind je einzeln in Behandlung mit Anordnung (dies ist über die OPK möglich) und als Paar bei einer Therapeutin/einem Therapeuten ohne explizite Anordnung; so muss höchstwahrscheinlich die Paartherapie privat bezahlt werden.

Bei einer Familientherapie wird über den Indexpatient abgerechnet und die Familiensitzung gilt als 1 Sitzung.

Bei einer Gruppetherapie wird ebenfalls aufgesplittet und jedes Gruppenmitglied braucht eine Anordnung.

*Wie werden die Abrechnungen bei Kindern/Jugendlichen gemacht, wo viele Kontakte mit dem System notwendig sind? Bei diesen systemischen Kontakten wird beim K-Tarif jedes Mal eine Sitzung abgezogen. Gibt es da eine andere Lösung, damit die Sitzungen nicht abgezogen werden?*

Sitzungen mit Dritten, Schulen etc. sollen als Zusatzkosten verrechnet, nicht als Sitzung zu Lasten des Indexpatienten. Ein Elterngespräch gilt jedoch als reguläre Sitzung.

Es gilt momentan: Über 18 Jahre sind es 180 Minuten in 90 Tagen. Bei Patienten unter 18 Jahren für Informationsaustausch und Koordination je 240 Minuten in 90 Tagen. Hier stösst man jedoch an Grenzen, 240 Minuten in 3 Monaten ist nicht realistisch, schlicht zu wenig.

## Berichte

### *Bericht nach 30 Sitzungen*

Im Bericht nach 30 Sitzungen sollte nur so viel wie nötig, so wenig wie möglich stehen. Beurteilende Psychiater bezieht sich dann auf den Bericht des Therapeuten und der Psychiater erstellt nur noch einen Kurzbericht.

(diese offiziellen Formulare befinden sich im Anhang)

*Kann es sein, dass die Berichtarbeit für das Gutachten (vor 30. Sitzung) nicht abrechenbar ist – weil kein expliziter Tarif existiert?*

Berichte müssen vom Therapeuten verfasst werden und haben einen festgesetzten Tarif.

*Müssen wir zuhänden des psychiatrischen GA den Gutachtenden ausführliche Berichte zukommen lassen (die diese dann grösstenteils kopiert werden)?*

In diesem Bericht soll wo viel wie nötig, und so wenig wie möglich stehen. (siehe Berichtsf formular Psychotherapeut)

*Wie findet man nun den Psychiater, wenn man keinen hat?*

Sich vernetzen! Bei der Plattform der Zürcher Psychiater steht seit neuem drauf, ob die Psychiater Expertisen übernehmen. Evtl. könnte die in Zusammenarbeit mit den Luzerner Psychiatern ebenfalls erarbeitet werden.

*Wer ist zuständig ist für das Finden eines Psychiaters nach der 30. Therapiesitzung? Muss das der Hausarzt machen oder wird das von uns verlangt? Oder soll man hier gar die Verantwortung den Patienten übergeben. Wie ist hier das genaue Vorgehen hinsichtlich der Zusammenarbeit. Was passiert, wenn man keinen Psychiater finden und die Fortsetzung der Psychotherapie indiziert wäre.*

Siehe grafische Darstellung von Frau Rüttimann

*Wie findet man einen Psychiater zur Beurteilung nach 30 Sitzungen?*

Es macht Sinn, dass sich die Therapeuten mit Psychiatern vernetzen. Sollte man Schwierigkeiten haben, einen Psychiater zu finden, so soll man sich bitte bei seinem Berufsverband melden. Die Verbände sind auf konkrete Hinweise/Problemschilderungen der Therapeuten angewiesen, damit dies bei den Verhandlungen mit dem Bund einfließen kann.

*Sind Hausärzte mit Zusatztitel „Delegierte Psychotherapie FMPP“ zukünftig berechtigt, Gutachten (vor 30. Sitzung) zu erstellen?*

Nein, nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind dazu berechtigt.

### *Wer schreibt Bericht? HA oder Psychotherapeutin?*

Der Bericht wird von der fallführenden Person erstellt, und dies ist der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin

### *Wann braucht es eine Diagnose? Wer stellt die Diagnose? Was wenn sich HA, Psychotherapeutin, Psychiater nicht einig sind?*

Der Psychotherapeut stellt die Diagnose. Innerhalb der ersten 3 Sitzungen kann allenfalls eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Dies auch als Hilfe für den anordnen Arzt und als zwingender Inhalt des Berichts nach 30 Sitzungen.

### *Was ist, wenn Therapeut (anordnender Arzt) und Psychiater jeder eine andere Diagnose stellt?*

Dann gilt es, sich unter einander abzusprechen und das Gespräch zu suchen.

## **Zusatzversicherung**

*Krankenkasse: Die Atupri lehnt die Zahlungen mit der Begründung ab, dass sie keinen Vertrag mit der FSP hätte. Gehört sie zu jenen, die noch über die Zusatzversicherung abrechnen?*

*Zusatzversicherungen wie die Concordia oder die Helsana verweigern seit dem 1. Juli Leistungen an die Patienten, indem sie auf das Anordnungsmodell verweisen. Auch rückwirkend müssen Rechnungen umgeschrieben werden, was einen administrativen Aufwand den Leistungserbringer bzw. Kosten für diejenigen Patienten bedeutet, welche aufgrund hoher Franchisen über die Zusatzversicherung gekommen sind. Mir scheint das Ganze rechtlich nicht sauber, dass mitten im Jahr Verträge mit den Patienten ohne Vorwarnung geändert werden. Auch ist mir nicht klar, ob mit einer ZSR Nummer ab 2023 man überhaupt nicht mehr über die Zusatzversicherung abrechnen darf.*

Die Übergangszeit ist bezüglich der Zusatzversicherung sehr ungewiss. Es wird empfohlen, mit der Versicherung Rücksprache zu nehmen. Die Lösungen der Versicherungen sind sehr unterschiedlich. Oft gilt ab dem Moment, ab welchem der Therapeut/die Therapeutin eine ZSR Nr. hat, dass dann nur noch über die OKP abgerechnet werden kann.

Therapeuten, die keine ZSR Nr. beantragt haben, dürfen noch über Zusatzversicherung abrechnen (aber mit Vorbehalt, wahrscheinlich wird die Psychotherapie mit der Zeit aus der Zusatzversicherung gestrichen).

Der Tarif für die Zusatzversicherung ist nicht der gleiche wie für OPK, hier kann der gleiche Tarif wie vorher verrechnet werden. Dies könnte aber nicht von allen Versicherungen gleich gehandhabt werden. Am besten im Vorfeld abklären.

Die Klienten haben momentan wenig Möglichkeit, die hohe Franchise zu nutzen, da jetzt alles über die OPK läuft. Es wird empfohlen, die Klienten darauf aufmerksam zu machen, dass die Franchisen auf 01.01.23 angepasst werden sollten. Da seitens der Versicherungen keine klare Kommunikation stattgefunden hat, wird dies noch juristische Fragen aufwerfen, welche die grossen Berufsverbände mit den Versicherungen klären müssen. Die Therapeuten haben jedoch eine Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten. Wenn über

die Zusatzversicherung abgerechnet werden will, muss der Klient dies bei seiner Versicherung abklären.

Es kommt auch vor, dass Therapeuten auch ohne ZSR Nr. nicht mehr über die Zusatzversicherung abrechnen können. Dann wird auf das Datum der in Kraft tretenden kantonalen Zulassung verwiesen. Man hat diesbezüglich keine grosse Möglichkeit zu intervenieren.

*Darf ich für die Zusatzversicherung meinen eigenen Tarif anwenden?*

Ja. Wird jedoch nicht von allen Zusatzversicherungen akzeptiert, am besten vorher nachfragen.

*Muss die Abrechnung bei der Zusatzversicherung gleich aufgebaut sein wie für die Grundversicherung?*

Nein, die kann so verfasst sein wie man vorher abgerechnet hat. Wird jedoch nicht von allen Zusatzversicherungen akzeptiert, am besten vorher nachfragen.

## Opferhilfe / IV

*Opferhilfe und Krankenkasse: Die Concordia lehnt die Rechnungen und Zahlungen mit OH-Ansatz ab. Diese beruhen jedoch auf einer früheren Gutschrift. Ist das ein Fall für die Krankenkasse und/oder die Opferhilfe? è ev. etwas für die Gruppe Opferhilfe*

Kostengutsprachen Enden per 01.07.22, auch wenn die Kostengutsprache bis 31.12.22 datiert ist. Hier muss man sich direkt mit der Opferhilfe absprechen.

Wahrscheinlich macht es nun Sinn, nur noch Klienten über die Opferhilfe zu rechnen, welche die Franchise oder den Selbstbehalt nicht zahlen können.

(Diese Frage wird noch an die Kontaktpersonen VPZ zur Opferhilfe weitergeleitet)

*IV: Die bezahlte Anzahl Zeichen für das Berichte schreiben wird kritisiert und gefragt, ob hier eine Verbesserung in Sicht ist.*

Die Verbände sind mit der IV in Kontakt, um neue Verträge auszuhandeln. Momentan kann man davon ausgehen, dass die Tarife angepasst werden, die Verhandlungen sind aber noch nicht abgeschlossen. Der Therapeut/die Therapeutin kann sich jedoch nicht weigern einen Bericht zu schreiben. Empfehlung: Zuerst einen Antrag auf Kostengutsprache bei der IV stellen für einen Bericht - was jedoch noch keine Garantie gibt.

## Diverses

*Bin langjährige delegiert und selbstständig arbeitende Psychotherapeutin mit eigener Praxis: Ist es nötig, fürs Anordnungsmodell eine Firmengründung mit Eintrag im Handelsregister zu machen?*

Es ist nicht notwendig, eine Firmengründung zu veranlassen. Wenn man das macht, dann bekommt man als Organisation eine Zulassung. Sollten Sie Therapeuten in Weiterbildung anstellen, dann wäre eine Organisationform empfehlenswert. Man kann aber auch als



selbständig arbeitender Therapeut jemanden anstellen, dann muss aber die kantonale Richtlinie beachtet werden (3 Jahre à 50% Tätigkeit als Psychotherapeut nachweisen etc.)

Zu beachten ist jedoch, dass bei einer Firmengründung dann noch Buchhaltung etc. dazukommen. Dieser Schritt soll gut überlegt sein.

### *Expositionszeit*

Was kann man machen, wenn die Expositionszeit aufgebraucht ist? Leider nicht viel. Man könnte es bei der Abrechnung anders benennen damit es trotzdem gemacht werden kann.

Solche Unstimmigkeiten sollte man auf jeden Fall bei seinem Berufsverband melden, damit dies in die Verhandlungen einfließen kann.

*Wie gehe ich vor, wenn ich z.B. einen Kurs in Autogenem Training anbiete, geht dies über die OKP? Braucht da jeder Teilnehmer eine Zuweisung eines Arztes, wie geht die Verrechnung? Oder kann dies nach wie vor über die Zusatzversicherung (mit oder ohne Zuweisung vom Arzt) gehen.*

Autogenes Training explizit geht nicht über OPK. Eine Leistung, die über Zusatzversicherung oder EMR abgerechnet werden kann.

Eine Möglichkeit wäre, das Autogene Training während der Sitzung anzuwenden oder einfließen zu lassen.

**VPZ-Mitglieder werden gebeten Unstimmigkeiten und Problemstellungen im Zusammenhang mit dem Anordnungsmodell dem VPZ Sekretariat zu melden. Diese werden dann an Gabi Rüttimann vom ASP weitergeleitet, damit diese Punkte in die weiteren Verhandlungen einfließen können.**