



Psychotherapie in die Grundversicherung

Ab dem 1.7.2022 wird die psychologische Psychotherapie von der Grundversicherung bezahlt, sofern sie auf Anordnung eines Arztes erfolgt. Die wichtigsten Fragen zur Übergangsphase vom heute gültigen Delegationsmodell zum Anordnungsmodell werden hier beantwortet.

Leistungen von psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten werden aktuell nur dann durch die Grundversicherung vergütet, wenn die Therapeutin/der Therapeut bei einem Arzt/einer Ärztin angestellt ist und ihre/seine Leistungen unter dessen/deren Aufsicht erbringt (delegierte Psychotherapie).

Die FSP verfolgte seit vielen Jahren das Ziel, dass auch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Leistungen selbständig über die Grundversicherung abrechnen können. Das Ziel ist mit der Einführung des Anordnungsmodells per 1. Juli 2022 erreicht. Die wichtigsten Fragen zur Übergangsphase werden in den untenstehenden FAQ, die nach in verschiedene Themenblöcke aufgeteilt sind, beantwortet. Die Fragen und Antworten werden laufend ergänzt.

Themenblöcke: [Termine und Fristen](#) | [Zulassung](#) | [Anordnung](#) | [Leistungsübernahme](#) | [Weiterbildung](#) | [Tarife](#) | [Zusatzversicherung/Selbstzahlende](#)

Termine und Fristen

1. Wann tritt die Verordnung zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in Kraft?

Stand: 26.3.2021

Diese Verordnung tritt am 1.7.2022 in Kraft. Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis sechs Monate nach Inkrafttreten der Änderung.

2. Wie lange kann die delegierte Psychotherapie noch abgerechnet werden?

Stand: 26.3.2021

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 6 Monate nach Inkrafttreten der Änderung, d.h. bis am 31.12.2022.

3. Ich arbeite delegiert. Muss/darf mein Arbeitgeber meinen Anstellungsvertrag per Inkrafttreten der Neuregelung kündigen?

Stand: 26.3.2021

In der Schweiz herrscht die Arbeitsvertragsfreiheit. Eine Kündigung erfordert für deren Gültigkeit nicht einmal einen sachlichen Grund. Somit kann unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist das Arbeitsverhältnis per Inkrafttreten der Neuregelung gekündigt werden. Jede der Parteien kann den Vertrag kündigen.

Zulassung

1. Welche Bedingungen muss ich erfüllen, um als selbständige/r Psychotherapeutin tätig zu sein und über die Krankenkasse abrechnen zu dürfen?

Stand: 26.3.2021

Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2011 (PsyG).

Sie verfügen über einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel.

Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten werden zugelassen, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a) Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung in Psychotherapie nach Art. 24 [recte : Art. 22] PSyG
- b) Sie haben eine klinische Erfahrung von drei Jahren, davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine der folgenden Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen:
 1. ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder der Kategorie B nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie" vom 1. Juli 2009 in der Fassung vom 15. Dezember 2016
 2. Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" vom 1. Juli 2006 in der Fassung vom 20. Dezember 2018.

2. Brauche ich eine kantonale Berufsausübungsbewilligung für die Abrechnung der psychologischen Psychotherapie zulasten der OKP?

Stand: 26.3.2021

Ja, gemäss Artikel 50c Absatz b der Verordnung ist die kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) immer Voraussetzung für die Zulassung zur Abrechnung der Psychotherapie zulasten der OKP. Für Ausstellung der Bewilligung sind die Kantone zuständig.

3. Ich habe bereits den eidgenössisch anerkannten Titel Psychotherapie erlangt oder werde diesen vor dem 1.7.22 erlangen. Was benötige ich für eine Zulassung zur Abrechnung via Grundversicherung? Was gilt bei mir bzgl. Klinischer Praxis?

Stand: 21.4.2021

In den Übergangsbestimmungen ist geregelt, dass psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 1.7.2022 über eine psychotherapeutische Berufserfahrung in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung von mindestens drei Jahren verfügen, die von einer qualifizierten Supervision begleitet wurde, zugelassen werden, auch wenn diese psychotherapeutische Berufserfahrung die Voraussetzungen nach Art. 50c Buchstabe b nicht erfüllt. Angerechnet werden kann dafür eine psychotherapeutische Tätigkeit in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung (delegierte Tätigkeit, Tätigkeit in der ambulanten oder stationären Versorgung, sowie in eigener fachlicher Verantwortung).

Bei einer Teilzeitbeschäftigung verlängert sich die Mindestdauer der drei Jahre Berufserfahrung entsprechend. Eine kantonale Berufsbewilligung ist ebenfalls Voraussetzung für die Zulassung zur Abrechnung via Grundversicherung.

4. Welche Bedingungen müssen Organisationen der psychologischen Psychotherapie erfüllen, damit sie ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen dürfen?

Stand: 26.3.2021

Organisationen der psychologischen Psychotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a) Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.
 - b) Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.
 - c) Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50c erfüllen.
 - d) Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.
-

Anordnung

1. Wer darf psychologische Psychotherapie anordnen?

Stand: 26.03.2021

Ärztinnen und Ärzte mit einem eidgenössischen oder einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie, in Kinder- und Jugendmedizin oder Ärztinnen und Ärzte mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin.

Handelt es sich um Leistungen zur Krisenintervention oder um Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation, darf psychologische Psychotherapie von Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen (allerdings mit einer Beschränkung auf zehn Sitzungen) angeordnet werden.

2. Wann und wie muss ich als psychologischer Psychotherapeut der anordnenden Ärztin Bericht erstatten?

Stand: 26.03.2021

Gemäss Art. 11b Absatz 2 KLV muss der psychologische Psychotherapeut, die psychologische Psychotherapeutin vor Ablauf der 15 Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht erstatten. Das «Bericht erstatten» kann nach heutigem Wissensstand telefonisch, mündlich oder schriftlich sein. Der Fokus liegt auf dem Informations-Austausch zwischen den Behandelnden.

3. Wie läuft der Prozess der Anordnung?

Stand: 26.03.2021

Aufgrund der derzeit vorliegenden Materialien ist anzunehmen, dass der Prozess wie folgt läuft: Der Hausarzt, Kinderarzt oder die Psychiaterin ordnet die Durchführung einer psychologischen Psychotherapie im Umfange von maximal 15 Sitzungen an. Spätestens nach Durchführung der 15. Psychotherapiesitzung tauscht sich der psychologische Psychotherapeut und die erstanordnende Ärztin aus, wenn er eine Verlängerung der Therapie als indiziert ansieht. Es erfolgt, wenn beide dies bejahen, eine weitere Anordnung von 15 Sitzungen. Vor der 30. Sitzung informiert der psychologische Psychotherapeut oder der Patient die erst anordnende Ärztin, falls er eine Fortsetzung der Behandlung als indiziert erachtet. Um eine Fortführung der Behandlung zu beantragen ist zusätzlich eine Beurteilung eines Facharztes für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie nötig (die auch per Dossier erfolgen kann), die dann dem Antrag der erstanordnenden Ärztin zuhanden der Vertrauensärztin der Krankenkasse beigelegt werden muss. Die Vertrauensärztin überprüft den Antrag und stellt der Versicherung einen eigenen Antrag, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann. Die Versicherung muss den Patienten und die erstanordnende Ärztin innert 15 Tagen nach Antragseingang beim Vertrauensarzt über den Entscheid betreffend Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie informieren (Art. 11b Abs. 3 in Verbindung mit Art. 3b Abs. 4 KLV). Die Details werden Gegenstand der Tarifverhandlungen mit den Tarifpartnern sein.

4. Muss es ein externer Psychiater die Überprüfung der Indikation für eine Verlängerung nach 30 Stunden vornehmen, wenn der anordnende Arzt ein Psychiater ist?

Stand: 26.03.2021

Nein, in dem Fall kann der Antrag und Überprüfung der Verlängerung von einem Psychiater oder einer Psychiaterin (Facharzt/Fachärztin Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie) vorgenommen werden.

Leistungsübernahme

1. Welche Leistungen übernimmt die Grundversicherung durch die neue Verordnung?

Stand: 26.3.2021

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der psychologischen Psychotherapie, die von psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach Artikeln 46g in Verbindung mit 50c KVV zugelassen sind, oder von Organisationen der psychologischen Psychotherapie nach Artikel 52d KVV durchgeführt werden. Diese müssen nach Artikel 11b KLV angeordnet und erbracht werden.

2. Wie viele Sitzungen übernimmt die Krankenkasse pro ärztliche Anordnung?

Stand: 26.3.2021

Der anordnende Arzt kann insgesamt zweimal eine Anordnung für jeweils 15 Sitzungen ausstellen. Für weitere Sitzungen (nach diesen 30 Stunden) bedarf es einer Kostengutsprache durch die Versicherung. Das Prozedere ist in der Antwort zur Frage 3 beim Thema Anordnung beschrieben.

Handelt es sich um Leistungen zur Krisenintervention oder um Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation, übernimmt die Versicherung höchstens zehn Sitzungen. Ist hiernach eine längere psychotherapeutische Behandlung indiziert, bedarf es einer regulären Anordnung der psychologischen Psychotherapie nach Art. 11b Abs. 1 lit. a KLV.

Alle Abklärungs- und Therapiesitzungen müssen den Geboten der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Sind weniger Sitzungen notwendig als angeordnet, so müssen sich die psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen auf dieses Mass beschränken (Art. 56 Abs. 1 KVG). Prüfungen durch die Versicherer sind auch vor Abschluss der 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen zulässig.

3. Muss die Berichterstattung an den anordnenden Arzt nach den ersten 15 Sitzungen schriftlich erfolgen?

Stand: 26.3.2021

Nein, das kann auch mündlich oder telefonisch erfolgen. Der Fokus liegt auf dem Informationsaustausch zwischen anordnender Ärztin und Psychotherapeut.

4. Wie lange darf eine Einzel-/Paar-/Gruppensitzung dauern?

Stand: 7.4.2021

Die Dauer der Sitzungen orientiert sich an der Art der Therapie und der Situation der Patientinnen und Patienten. Die maximal abrechenbaren Sitzungsdauern sind in den Tarifverträgen zu regeln, wobei die heutigen Regelungen im Tarmed mit Beschränkungen für eine Einzeltherapie auf 90 Minuten pro Sitzung und bei Paar- oder Gruppentherapien auf 105 Minuten pro Sitzung den Orientierungsrahmen bilden.

5. Wer ist verantwortlich für den Antrag an den Versicherer bei Fortsetzung der Therapie?

Stand: 26.3.2021

Soll die Psychotherapie nach 30 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der anordnende Arzt oder die anordnende Ärztin rechtzeitig einen entsprechenden Antrag zu stellen (siehe Beschrieb des Prozedere in Frage 3 beim Thema Anordnung). Das Verfahren nach Artikel 3b KLV ist anwendbar. Demnach erfolgt der Antrag mit schriftlichem Bericht und einer beigelegten Fallbeurteilung durch einen Psychiater (E oder KJ) durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.

Weiterbildung

1. Ich bin zurzeit in der Weiterbildung zur/m Psychotherapeuten/in.
Wie viele Jahre klinische Erfahrung in welchen Institutionen muss
ich nachweisen können, um den eidgenössischen Titel zu
erlangen?

Stand: 9.4.2021

Die Anforderungen an das Curriculum zur Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels sind im Anhang 1 der Akkreditierungsverordnung geregelt. Diese wurden aktuell nicht geändert. Die Voraussetzungen für die Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels bleiben gleich. Allerdings reicht der eidgenössische Weiterbildungstitel alleine nicht für die Zulassung zur Abrechnung mit der obligatorischen Krankenkasse (siehe Frage 2).

2. Ich bin zurzeit in der Weiterbildung zur/m Psychotherapeuten/in.
Wie viele Jahre klinische Erfahrung in welchen Institutionen muss
ich nachweisen können, um zur Abrechnung über die
Grundversicherung zugelassen zu werden?

Stand: 9.4.2021

Grundvoraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist ein eidgenössischer oder als gleichwertig anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel in Psychotherapie nach dem PsyG.

Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten werden zugelassen, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a) Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung in Psychotherapie nach Art. 24 PSyG
- b) Sie haben eine klinische Erfahrung von drei Jahren, davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine der folgenden Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen:
 1. ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder der Kategorie B nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie" vom 1. Juli 2009 in der Fassung vom 15. Dezember 2016
 2. Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -

psychotherapie" vom 1. Juli 2006 in der Fassung vom 20. Dezember 2018.

Im Rahmen der Übergangsbestimmung werden psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Bedingungen bezüglich klinischer Erfahrung gemäss Artikel 50c Buchstabe b KVV zwar nicht erfüllen, jedoch über eine klinisch-psychotherapeutische Erfahrung von mindestens drei Jahren in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung, die von einer qualifizierten Supervision begleitet wurde, verfügen, zugelassen. Sie müssen also analog zu Artikel 50c eine psychotherapeutische Berufserfahrung vorweisen, welche über die im Rahmen der Weiterbildung erworbene klinische Praxis von zwei Jahren hinausgeht. Angerechnet werden kann dafür eine psychotherapeutische Tätigkeit in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung (delegierte Tätigkeit, Tätigkeit in der ambulanten oder stationären Versorgung, sowie in eigener fachlicher Verantwortung). Aufgrund des vorliegenden Verordnungstextes muss angenommen werden, dass Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens (1.7.2022) die Weiterbildung nicht abgeschlossen haben, von vornherein nicht von den Erleichterungen in den Übergangsbestimmungen profitieren können.

Tarife

1. Wie hoch ist der Tarif für psychologische Psychotherapie in der Grundversicherung?

Stand: 9.4.2021

Der Tarif ist noch nicht festgelegt. Momentan laufen die Verhandlungen mit den Tarifpartnern für den Abschluss eines Tarifstrukturvertrages. Dieser wird vom Bundesrat bewilligt werden müssen. Die Taxpunktwerte werden in einem zweiten Vertrag, - dem Tarifvertrag - geregelt, der im Falle einer gesamtschweizerischen Lösung vom Bundesrat, ansonsten von der jeweiligen Kantonsregierung genehmigt werden muss.

2. Was ist ein Tarifstrukturvertrag?

Stand: 9.4.2021

Der Tarifstrukturvertrag regelt die Definition der Leistungen, deren Anwendungsregeln mit Definitionen sowie die zugewiesenen Taxpunkte pro Leistung. Ausserdem werden die weitere Zusammenarbeit zwischen den Verbänden sowie ein Monitoring der Tarifierhebung definiert.

3. Was bedeutet Tarifpflege?

Stand: 9.4.2021

Tarifpflege ist Aufgabe der Tarifpartner und beinhaltet eine regelmässige Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung und Weiterentwicklung des Tarifs. Damit sollen Streitigkeiten der Tarifierhebung minimiert und Anpassungen an betriebswirtschaftliche Veränderungen möglich sein.

4. Warum gibt es (noch) keinen Tarif für psychologische Psychotherapie?

Stand: 9.4.2021

Für die Entwicklung der Tarifstruktur und nachfolgend die Verhandlung des Tarifvertrages sind die Regelungen, welche die Verordnung vorgibt, Grundlage und Voraussetzung. Bevor die einschlägigen Verordnungen nicht vom Bundesrat abgesegnet sind, sind diese Grundlagen unbekannt. Die Arbeiten zum Tarif können daher erst nach dem Bundesratsentscheid vom 19.3.2021 definitiv weitergeführt und abgeschlossen werden. Der Tarif sollte bis zur Inkraftsetzung vom 1.7.2022 vorliegen. Gibt es keine Einigung zwischen den Tarifpartnern, müssen die zuständigen Behörden den Tarif festsetzen.

5. Wer verhandelt den Tarif für psychologische Psychotherapie (PsyTarif)?

Stand: 9.4.2021

Der PsyTarif wird von den drei Verbänden Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) und Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP) zusammen mit dem Spitalverband H+ und den Versichererorganisationen (santésuisse und curafutura) verhandelt.

6. Wie stelle ich Rechnung an den Versicherer?

Stand: 9.4.2021

Grundsätzlich wird die Rechnung dem Patienten oder der Patientin (tiers garant) oder an die Krankenkasse (tiers payant) direkt gestellt. Näheres wird im Tarifvertrag zwischen den Berufsverbänden, H+ und den Leistungseinkaufsorganisationen geregelt und ist noch Teil der laufenden Verhandlungen. Dort werden auch die technischen Voraussetzungen, z.B. die elektronische Rechnungsstellung, definiert.

7. Muss ich FSP/ASP/SBAP-Mitglied sein, um Leistungen der psychologischen Psychotherapie über die Grundversicherung abrechnen zu können?

Stand: 9.4.2021

Nein, auch Nichtmitglieder können den ausgehandelten Verträgen beitreten. Die Kosten des Vertragsbeitritts liegen für Nichtverbandsmitglieder allerdings höher als jene für Verbandsmitglieder.

Zusatzversicherung/Selbstzahlende

1. Kann Psychotherapie nach der Inkraftsetzung des Anordnungsmodells weiterhin auch über die Zusatzversicherung abgerechnet werden?

Stand: 2.6.2021

Psychotherapie im Sinne der Diagnose und/oder Behandlung einer psychischen Störung gemäss ICD-10 kann nach Inkraftsetzung des Anordnungsmodells nicht mehr von der Zusatzversicherung (mit)finanziert werden. Bestehende Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie über die Zusatzversicherungen finanzieren, können bei einem Arzt oder einer Ärztin eine Anordnung für die Psychotherapie beantragen, so dass diese über die Grundversicherung abgerechnet werden kann. Patientinnen und Patienten können sich aber auch entscheiden, die Behandlung vollumfänglich selbst zu bezahlen (siehe Frage 2).

Hingegen werden reine Beratungsdienstleistungen, die nicht der Behandlung einer bestehenden Erkrankung dienen, sondern z.B. der Prävention, möglicherweise auch in Zukunft teilweise von Zusatzversicherungen mitfinanziert. Entsprechende Verhandlungen mit den Zusatzversicherungen sind in Vorbereitung.

2. Kann ich als Psychotherapeut/in in eigener Praxis im Anordnungsmodell arbeiten und gleichzeitig auch Personen behandeln, die als Selbstzahlende zu mir kommen?

Stand: 2.6.2021

Ja, ein solches Mischmodell ist möglich. Wenn Sie die Zulassung zur Abrechnung über die Grundversicherung haben, können Sie Patientinnen und Patienten zulasten der Grundversicherung behandeln, sofern diese über eine ärztliche Anordnung verfügen. Für die Abrechnung kommt in diesem Fall der PsyTarif zur Anwendung, der von den Verbänden zurzeit ausgehandelt wird.

Wenn Sie weiterhin auch Patientinnen oder Patienten haben, die ihre Behandlung selbst bezahlen möchten, können Sie mit diesen weiterarbeiten, zu einem Tarif, den Sie mit dem betroffenen Patienten oder der betroffenen Patientin aushandeln.

Allerdings ist es nicht zulässig, die Behandlung teilweise von der Grundversicherung und teilweise von einem Selbstzahler oder Selbstzahlerin begleichen zu lassen, um eine allfällige Differenz zwischen PsyTarif und Selbstzahlertarif zu decken.

Aktuelles

04.05.2021

«Das sinnvollste System setzte sich durch»

Yvik Adler und Stephan Wenger stehen gemeinsam der FSP vor. Sie gehen auf die Entscheidung des Bundesrats ein, das Anordnungsmodell einzufü (...)

01.04.2021

Fragen und Antworten zur Einführung des Anordnungsmodells

Am 19. März hat der Bundesrat die Einführung des Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie per 1. Juli 2022 beschlossen. Damit (...)

31.03.2021

Erste offizielle Versammlung des Fachrats Psychotherapie

Am Samstag, 27. März 2021, fand via Zoom die erste Versammlung des Fachrats Psychotherapie statt. Pandemiebedingt begrüßte das Co-Präsidium (...)

29.03.2021

Der Leidenschaft folgen

Magali Volery ist psychologische Psychotherapeutin. Die Genferin hat aber mehrere Eisen im Feuer.

Föderation der
Schweizer
Psychologinnen und
Psychologen
Fédération Suisse des
Psychologues
Federazione Svizzera
delle Psicologhe e
degli Psicologi

FSP, Effingerstrasse 15, 3008 Bern
+41 31 388 88 00
fsp@fsp.psychologie.ch

Öffnungszeiten

DE FR
IT