



Checkliste zur Feststellung des Leistungsumfangs der Privaten Krankenversicherung in Bezug auf ambulante Psychotherapie [Stand: 12.01.2023]

Wenn Sie privat versichert sind, empfehle ich Ihnen, folgende Fragen mit Ihrer Versicherung zu klären:

Umfasst Ihr Versicherungstarif psychotherapeutische Behandlung?

- Im sogenannten Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie?
- Durch eine Psychologische Psychotherapeutin mit Approbation und Arztregistereintrag?
- Wird eine „Mindestmitgliedschaft“ (Vertragsdauer) vorausgesetzt, bevor ein Leistungsanspruch für eine ambulante Psychotherapie besteht?

Wie hoch ist der Erstattungsumfang in Ihrem Versicherungstarif?

- Werden bis zu fünf probatorische Sitzungen ohne vorherige Prüfung erstattet? zusätzlich zu oder abzüglich von einem ggf. genehmigungspflichtigen Stundenkontingent?
- Ab wann werden genehmigungspflichtige Sitzungen erstattet? ab Antragstellung? erst nach erteilter Genehmigung? wie lange benötigt Ihre Versicherung voraussichtlich zur Antragsprüfung?
- Gibt es eine festgelegte Maximalstundenzahl? wenn ja: wie viele Therapiesitzungen sind jährlich möglich? oder gibt es andere Begrenzungen?
- Gibt es eine Erstattungshöchstgrenze für das Behandlungshonorar pro Sitzung? oder pro Jahr?
- Wird ab einer bestimmten Sitzungsanzahl (nur) ein prozentualer Anteil des Honorars erstattet?

Ist eine Beantragung der psychotherapeutischen Behandlung erforderlich?

- Wenn ja: Ist dies formlos möglich oder gibt es spezielle Formulare, die zu verwenden sind?
- Wird eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vorausgesetzt?
- Wird ein ärztlicher Konsiliarbericht benötigt?
- Wird eine schriftliche Begründung / ein Bericht der behandelnden Psychotherapeutin zum Antrag verlangt (Gutachterverfahren)? zu Beginn oder im Verlauf?