

Checkliste zur Feststellung des Leistungsumfangs der Privaten Krankenversicherung (ambulante Psychotherapie)

Wenn Sie privat versichert sind, empfiehlt es sich vor Kontaktaufnahme folgende Fragen mit Ihrer Privatversicherung zu klären:

1. Umfasst Ihr **Versicherungstarif** psychotherapeutische Behandlung...

- ...im sogenannten Richtlinienverfahren der „tiefenpsychologisch fundierten“ und/oder „analytische Psychotherapie?
- ...durch einen Psychologische Psychotherapeuten mit Approbation und Arztregistereintrag?
- Wird eine „Mindestmitgliedschaft“ (Vertragsdauer) vorausgesetzt, bevor ein Leistungsanspruch für eine ambulante Psychotherapie besteht?

2. Wie hoch ist der **Erstattungsumfang** in Ihrem Versicherungstarif?

- Werden bis zu fünf probatorische Sitzungen ohne vorherige Prüfung erstattet? Zusätzlich zu oder abzüglich eines ggf. genehmigungspflichtigen Stundenkontingentes?
- Ab wann werden genehmigungspflichtige Sitzungen erstattet: Ab Antragstellung oder immer erst nach erteilter Genehmigung? Wie lange benötigt die Verwaltung vorauss. 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 (nur) ein bestimmter prozentualer Anteil des Behandlungshonorars erstattet? [üblich ist der 2,3-fache Satz, angelehnt an die Gebührenordnung für Psychotherapeut:innen (GOP)]

3. 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 ein gutachterlicher Bericht des behandelnden Psychotherapeuten verlangt?