

Zur Kostenübernahme von Privaten Krankenversicherungen (PKV) für von Heilpraktikern erbrachte Psychotherapie-Leistungen

Erstattet Ihre Krankenversicherung Psychotherapie-Leistungen eines Heilpraktikers?

Viele Private Krankenversicherungen (PKV) erstatten ausschließlich nur die Leistungen von körperlich arbeitenden Heilpraktikern, wie z.B. Akupunktur, Homöopathie usw. teilweise oder ganz. Dagegen gibt es nur wenige PKV, die auch Psychotherapie-Leistungen erstatten, wenn sie von einem allgemeinen Heilpraktiker oder einem Heilpraktiker der Psychotherapie erbracht werden.

Der Umfang der Erstattung ist von dem jeweiligen Tarif abhängig, den Sie bei Ihrer Privaten Krankenversicherung (PKV) abgeschlossen haben. Grundsätzlich wird die Rechnung eines Heilpraktikers über Psychotherapie nie vollständig übernommen! (Jedenfalls habe ich nie dergleichen erlebt.)

Der üble Trick mit dem „Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker“

Praktisch keine PKV erkennt an, dass ein Heilpraktiker als Freiberufler tätig ist und somit die Höhe seines Stundensatzes eigenverantwortlich und nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen festlegen darf. Statt dessen berufen sich die Versicherer auf ein dubioses „Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker“ (GebüH). Damit erwecken die Versicherer bei den Versicherten den Eindruck, dass jeder Heilpraktiker unrechtmäßig handeln würde, wenn er höhere Stundenhonorare verlangt.

Manche PKV behauptet sogar frech, dass die GebüH mit den Berufsverbänden der Heilpraktiker vereinbart sei. Solch eine Vereinbarung kann es nicht geben, weil Heilpraktiker als Freiberufler unternehmerisch tätig sind und ihre Stundenhonorare grundsätzlich frei festsetzen dürfen.

Zum Stand von 2017 / 2018 sieht „das Gebührenverzeichnis“ für eine 60-minütige Stunde Psychotherapie einen minimalen Satz von 26 Euro und einen maximalen Satz von 46 Euro vor, bei manchen Leistungen noch weniger. Kein Heilpraktiker kann zu diesen Stundenhonoraren seine Praxis wirtschaftlich betreiben und ganz gewiss keine Vollexistenz damit aufbauen.

Deshalb liegt der Stundensatz eines wirtschaftlich solide kalkulierenden Heilpraktiker zum Stand 2017 / 2018 zwischen 80 und 140 Euro je Stunde.

Zum Vergleich: Ein Psychotherapeut mit Kassensitz (der gesetzlichen Krankenversicherung) erhält für eine 50-minütige Stunde Psychotherapie ca. 100 Euro gemäß der Gebührenordnung der Ärzte GOÄ (mit Faktor 1,8 des Basis-Gebührensatz). Er hat aber im Gegensatz zu einem Heilpraktiker kein wirtschaftliches Risiko zu tragen, denn seine Patienten erhält er über Zuweisungen der Hausärzte und braucht z.B. zur Patientengewinnung keine teure Werbung. Seine Praxis und seine Wartelisten sind fast immer für die nächsten 6 bis 12 Monate gefüllt.

Zum Vergleich: Ein ohne Kassensitz tätiger, freier Psychotherapeut rechnet zwar ebenfalls nach GOÄ ab, darf aber bis zum 3,5-fachen Basis-Gebührensatz abrechnen, damit die PKV die Rechnung noch voll erstattet bzw. übernimmt. Das sind folglich ca. 160 Euro für 50 Minuten.

Zusammenfassend bleibt die Erkenntnis, dass vom vollmundigen Versprechen mancher Privater Krankenversicherungen „wir übernehmen Psychotherapieleistungen eines Heilpraktikers“ wenig wert sind. Denn die Aussage bezieht sich auf die minimalistischen Stundenhonorare des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, die zudem einen Spielraum von 26 bis 46 Euro lassen. Folglich müssen die Versicherten meist 45% bis 90% der vom Heilpraktiker berechneten Psychotherapie-Leistungen selbst zahlen!

Der Zusatz-Trick mit den Prozentsätzen

Mir sind Private Krankenversicherungen bekannt, die in der Werbung pauschal heraus stellen, dass sie 100% der Psychotherapieleistungen eines Heilpraktikers erstatten. Wie oben gezeigt, beziehen sich diese 100% aber nur auf die völlig realitätsfernen Beträge aus dem dubiosen „Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker“ (GebüH). Und diese Tatsache wird natürlich verschwiegen.

Tatsächlich geht das unseriöse Verhalten der Privaten Versicherer noch weiter: Denn nur die besonders luxuriösen, teuren Tarife beinhalten eine Erstattung von 100% der GebüH-Honorare. Die einfacheren Tarife sehen lediglich Erstattungen von 80% oder sogar nur 60% der realitätsfern niedrig angesetzten Stundensätze gemäß GebüH vor.

Der Trick der Mengenbeschränkung

Fast alle Private Krankenversicherungen begrenzen die Menge der in einem Jahr erstattungsfähigen psychotherapeutischen Behandlungen. Zuweilen wird die Begrenzung auch anders definiert, als die Summe der Leistungen pro Jahr. Es kann nach maximaler Stundenzahl, nach maximalem Gesamtbetrag oder nach weiteren Kriterien begrenzt werden.

Der Trick mit der „Rechnungsstellung gemäß GebüH-Abrechnungsziffern“

Inzwischen sind mir Fälle bekannt, in denen Private Krankenversicherer die Rechnungsstellung eines Heilpraktikers nicht anerkennen, weil angeblich die pro Rechnungsposition angegebene Abrechnungsziffer gemäß GebüH falsch sei oder eine Leistung beschrieben würde, die nicht erstattungsfähig sei.

Tatsache ist, dass die GebüH zumindest im Bereich der Psychotherapie-Leistungen sehr viele anerkannte Therapiemethoden nicht auflistet und es somit für diese keine Abrechnungsziffer gibt. Hier die vollständige (!) Auflistung nach Stand Ende 2017:

Leistung	Abrechnungsziffer	Bereich des Honorar
Psychotherapie bis 30 Minuten	19.1	15,50 € bis 26,00 €
Psychotherapie bis 60 Minuten	19.2	26,00 € bis 46,00 €
Psychotherapeutischer Befund	19.3	15,50 € bis 38,50 €
Psychotherapeutisches Gutachten	19.4	bis 15,50 €
Psychotherapeutische Exploration	19.5	15,50 € bis 46,00 €
Anwendung verschiedener Testverfahren	19.6	15,50 € bis 38,50 €
Behandlung der Sprechorgane	19.7	10,50 € bis 31,00 €
Heil-Hypnose	19.8	15,50 € bis 26,00 €

Ein Fallbeispiel:

Eine Kollegin, die im Sinne einer korrekten Rechnungsstellung gemäß Abgabenordnung für jede erbrachte Leistung eine Kurzbeschreibung in Stichworten verfasste und dann jede dieser unterschiedlichen aber eindeutig psychotherapeutischen Leistungen mit der einzig passenden Abrechnungsziffer 19.2 auszeichnete, wurde vom ihrem Klienten scharf angegriffen, als dessen PKV nur drei dieser Positionen erstattet hat und davon auch nur 80%. Von einer Rechnung über 1.470 Euro wurden dem Versicherungsnehmer lediglich 160 Euro erstattet.

Der Trick mit den Antrags- und Abrechnungsformularen

Manche Versicherungsunternehmen machen ihre Leistungen davon abhängig, dass Sie die Psychotherapie auf einem von der Versicherung vorgeschriebenen und bereit gestellten Formblatt zu beantragen haben. Gleiches kann gelten für den Antrag auf Erstattung erbrachter Leistungen. Da soll also ein Therapeut seine Leistungen in einem speziellen Formblatt der Versicherung eintragen, damit überhaupt der Antrag angenommen und bearbeitet wird!

Zudem gilt oft die Vorgabe, dass mit der Psychotherapie erst nach einer Genehmigung durch die Versicherung begonnen werden darf.

Zwei konkrete Beispiele aus Versicherungsverträgen:

Als erstes Beispiel nehmen wir nun einen Auszug des Bedingungswerks des Tarifs „VollMed Tarif M4 – Tarifvariante BR4“ der DKV Deutsche Krankenversicherung AG. Zum Bereich ambulante Psychotherapie findet man zu diesem Tarif in den „Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil III“ unter anderem folgende Aussage. Zitat aus dem Druckstück mit der Nummer 51005416 B 257 (3.10) BDK70763 0178116019 841930250 :

*2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:
[...]
Ambulante Psychotherapie zu 80 %
Erstattungsfähig sind bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr. [...]*

Muss auf Grundlage der vorbeschriebenen Versicherungsbedingungen ein Versicherter 50 psychotherapeutische Sitzungen pro Jahr in Anspruch nehmen, und gehen wir in diesem Beispiel nur einmal von fiktiven Kosten von EUR 100,- pro Sitzung aus, so würden hier Aufwendungen in Höhe von EUR 5.000,- pro Jahr für die ambulante Psychotherapie entstehen. Der Tarif im obigen Beispiel würde bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr zu 80% erstatten, sprich in unserem Beispiel EUR 2.400,-. Die restlichen Kosten aus unserem Beispiel (EUR 2.600,- pro Kalenderjahr), müssten vom Versicherten demnach selbst getragen werden.

Es gibt es noch viele weitere Varianten von einschränkenden Bedingungen: Ein weiteres Beispiel wäre die prozentuale Begrenzung, ohne Sitzungszahlbeschränkung. Hierzu ein Beispiel anhand des Tarifs VITAL-N der AXA Krankenversicherung AG. Auszug aus den Bedingungen (Teil III Krankheitskostentarif) des Tarifs VITAL N, Druckstücknummer VG526 – Stand 01/2010:

*A Leistungen des Versicherers
(1) Ambulante Behandlung
[...]
Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu
100% für die 1. bis zur 30. Sitzung
80% für die 31. bis zur 60. Sitzung
70% ab der 61. Sitzung
erstattet. [...]*

Man beachte bei dieser Bedingungsangabe das Wort „Versicherungsfall“. Hier muss man in Betracht ziehen, dass ein Versicherungsfall auch wesentlich länger als ein Kalenderjahr andauern kann.

Alle vorbeschriebene Tricks sind die Regel – nicht die Ausnahme

Vertrauen Sie nicht der Werbung Ihrer Versicherung. Es gilt ausschließlich das Kleingedruckte in Ihrem Versicherungsvertrag. Und weil dies meist eine unzumutbar umfangreiche Textmenge ist, die zudem für normal Sterbliche unverständlich ist, sollten Sie noch vor Vertragsschluss mit dem Heilpraktiker eine schriftliche Anfrage an Ihre Versicherung stellen und darin um eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme und zusätzlich eine Aufzählung sämtlicher für die Kostenübernahme geltenden Bedingungen verlangen!

Auch bei Krankenversicherungen gilt das kapitalistische Prinzip: Es geht nie um die Menschen, sondern immer um den maximal möglichen Profit!

Ich bitte Sie daher in Ihrem eigenen Interesse dringend um Beachtung:

Wenn Sie mit mir einen Dienstleistungsvertrag über Psychotherapie schließen,

- sollten Sie sich *vorher* von Ihrer Versicherung *genauestens schriftlich bestätigen lassen*, welche Psychotherapieleistungen eines Heilpraktikers in welchem Umfang erstattet werden.
- gelten ausschließlich die in meinem Dienstleistungsvertrag miteinander frei vereinbarten Honorare und Vergütungen und keinesfalls das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker oder eine andere Gebührenordnung wie z.B. die GOÄ oder das „Hufelandverzeichnis“ usw..
- erhalten Sie von mir eine detaillierte, gemäß Abgabenordnung (AO) erstellte Rechnung über die erbrachten Leistungen – auf Wunsch auch mit den Abrechnungsziffern der GebüH (fast immer Ziffer 19.2). Ich erfülle keine Vorgaben der Versicherung, bestimmte Formulare auszufüllen oder besondere Formvorschriften einzuhalten! Denn niemand erstattet mir den hierfür erforderlichen Mehraufwand, wenn ich stundenlang daran sitzen müsste.
- erbringe ich keine darüber hinaus gehenden Leistungen, um Sie z.B. gegenüber Ihrer Krankenversicherung bei der Erstattung zu unterstützen. Ich bin in keinem Fall dafür haftbar, wenn Ihre Krankenversicherung die von mir erstellte Rechnung aufgrund unternehmensinterner oder vertragsrechtlicher Vorgaben nicht oder nur teilweise anerkennt und dementsprechend erstattet.
- bleiben Sie persönlich für die pünktliche, fristgemäße Bezahlung meiner Leistungen verantwortlich, unabhängig davon, ob und in welchem Umfang bis dahin Ihre Krankenversicherung Ihnen die von mir berechneten Leistungen erstattet hat. Es ist leider ausschließlich Ihr Risiko, wenn Sie geringere Erstattungsleistungen von Ihrer Versicherung erhalten, als Sie eingeplant hatten.