

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 Heilpraktiker 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.)

Mit der folgenden Beschreibung der harten Realität möchte ich Sie vor unangenehmen Überraschungen bewahren, die Sie erleben können, wenn Sie auf Ihre privaten Zusatzversicherungen für Psychotherapie-Leistungen von Heilpraktikern vertrauen:

Der Trick mit dem „Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker= GebüH“

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), dessen Vergütungs-Beträge seit dem Jahr 2002 (!!!) nicht mehr angepasst worden sind.

Manche PKV behauptet sogar frech, dass die GebüH mit den Berufsverbänden der Heilpraktiker vereinbart und daher bindend sei. Damit erwecken die Versicherer bei den Versicherten den Eindruck, dass jeder Heilpraktiker unrechtmäßig handeln würde, wenn er höhere Stundenhonoreare verlangt. Auch solch eine Vereinbarung kann es nicht geben, eben weil Heilpraktiker als Freiberufler unternehmerisch tätig sind und ihre Stundenhonoreare grundsätzlich frei festsetzen dürfen.

Seit dem Jahr 2002 sieht „das Gebührenverzeichnis“ für eine 60-minütige Stunde Psychotherapie einen minimalen Satz von 26 Euro (für 30 Minuten) und einen maximalen Satz von 46 Euro (für 60 Minuten) vor, bei manchen Leistungen wie z.B. Beratungsgespräche oder Diagnostik noch weniger. Kein Heilpraktiker kann zu diesen Stundenhonorearen seine Praxis wirtschaftlich betreiben. Deshalb liegt der Stundensatz eines wirtschaftlich solide kalkulierenden Heilpraktiker zum Stand 2024 zwischen 120 und 140 Euro je Stunde (zu 60 Minuten).

Zum Vergleich: Ein Psychotherapeut mit Kassensitz (der gesetzlichen Krankenversicherung) erhält für eine 50-minütige „Stunde“ Psychotherapie ca. 140 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 9 bis 12 Monate gefüllt.

Zum Vergleich: Ein ohne Kassensitz tätiger, freier Psychotherapeut rechnet zwar ebenfalls nach GOÄ ab, darf aber bis zum 2,8-fachen Basis-Gebührensatz abrechnen, den die PKV problemlos in voller Höhe erstattet bzw. übernimmt. Das können folglich ca. 220 Euro für 50 Minuten sein.

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 unrealistischen Stundenhonorare des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Folglich müssen die Versicherten den überwiegenden Teil der vom Heilpraktiker berechneten Psychotherapie-Leistungen selbst zahlen!

Der 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).

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

Der Trick mit der Mengenbeschränkung

Viele Private Krankenversicherungen begrenzen die Menge der in einem Jahr erstattungsfähigen psychotherapeutischen Behandlungen. Zuweilen wird die Begrenzung auch anders definiert, z.B. kann nach maximaler Stundenzahl, nach maximalem Gesamtbetrag oder nach weiteren Kriterien begrenzt werden.

Der Trick mit der „Rechnungsstellung gemäß GebüH-Abrechnungsziffern“

Mir sind Fälle bekannt, in denen Private Krankenversicherer die Rechnungsstellung eines Heilpraktikers nicht anerkennen, weil angeblich die pro Rechnungsposition angegebene Abrechnungsziffer gemäß GebüH falsch sei oder (auf einem Erstattungs-Formular der Versicherung) vom Heilpraktiker eine Leistung beschrieben würde, die nicht erstattungsfähig sei.

Tatsache ist, dass die GebüH zumindest im Bereich der Psychotherapie-Leistungen nur acht unterschiedliche Leistungen auflistet und es zu Konflikten kommt, wenn der Heilpraktiker zusätzlich die Art seiner Leistung in einem Formular beschreiben muss.

Der Trick mit dem Vorwurf mangelnder therapeutischer Kompetenz

Wenn ein Klient eine Diagnose mit schwererer Beeinträchtigung hat wie z.B. Persönlichkeitsstörung, Bindungs- / Entwicklungsstrauma oder Borderline usw. lehnen manche Versicherungen pauschal die Therapieleistung durch einen Heilpraktiker ab und begründen dies damit, dass solche anspruchsvollen Therapien nur von Psychiatern oder zumindest von approbierten Psychotherapeuten durchgeführt werden könnten. Andere Versicherungen verlangen in solch einem Fall vom Heilpraktiker den Nachweis entsprechender Qualifikationen. Dabei liegt es dann im freien Ermessen der Versicherung, ob sie die nachgewiesene Qualifikation als ausreichend anerkennen!

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! Dieses Formblatt erfordert umfängliche Zusatzangaben und kann nur mit großem Zeitaufwand ausgefüllt werden. Entspricht eine Eintragung nicht den Vorstellungen des Versicherers, lehnt dieser die Erstattung für diese Position ab.

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. [...]

Wenn auf Grundlage der vorbeschriebenen Versicherungsbedingungen ein Versicherter 40 psychotherapeutische Sitzungen pro Jahr in Anspruch nimmt, und gehen wir in diesem Beispiel nur einmal von fiktiven Kosten von EUR 120,- pro Sitzung aus, so würden hier Aufwendungen in Höhe von EUR 4.800,- 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 2.880,-. Die restlichen Kosten aus unserem Beispiel (EUR 1.980,- pro Kalenderjahr), müssten vom Versicherten demnach selbst getragen werden.

Es gibt leider noch viele weitere Varianten von einschränkenden Bedingungen: Ein weiteres Beispiel ist die prozentuale Begrenzung, ohne Sitzungszahl-Beschränkung. 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. [...]

So können Sie sich vor einer unangenehmen Überraschung schützen:

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!

Und wenn Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt sind und Beihilfe erhalten können?

In allen Bundesländern wurden die Beihilfeleistungen zur Finanzierung von Psychotherapie von Heilpraktikern abgeschafft.

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 und zu ggfs. welchen weiteren Bedingungen 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 jedoch keine Vorgaben der Versicherung, bestimmte Formulare auszufüllen oder besondere Formvorschriften einzuhalten! Denn niemand erstattet mir den hierfür erforderlichen Mehraufwand, wenn ich stundenlang daran arbeiten müsste.
- ★ ...erbringe ich keine 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 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.

In meinem Dienstleistungsvertrag wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorstehenden Bedingungen gelten, wenn Sie die Vergütungen für meine Leistungen von Ihrer Versicherung erstattet bekommen wollen.

Und nur noch zur Ergänzung:

Kosten der Heilbehandlung (Psychotherapie) steuermindernd gelten machen?

Im Prinzip ja, ...aber: Sie müssten sich noch vor Beginn der Therapie von einem Amtsarzt (beim für Sie zuständigen Gesundheitsamt) die Notwendigkeit dieser Psychotherapie bestätigen lassen. Ob dem Amtsarzt als Grundlage für diese Bestätigung die Stellungnahme des Heilpraktikers für Psychotherapie ausreicht oder ob er auf Vorlage eines ärztlichen Attests bestehen wird, dürfte in seinem freien Ermessen liegen.

Sie haben bei selbst finanzierter Psychotherapie bei einem Heilpraktiker den großen Vorteil, dass Ihre Psychotherapie nirgendwo aktenkundig wird, auch nicht in der elektronischen Patientenakte. Dies ist wichtig, damit Sie auch weiterhin problemlos z.B. eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen oder sich verbeamteten lassen können. – Lassen Sie sich aber die Bestätigung vom Amtsarzt geben, so wird dieser Vorgang aktenkundig und dieser Vorteil geht Ihnen verloren.

Wo steht das?

Es geht aus der Verbindung mehrerer Paragraphen des Sozialgesetzbuchs in Verbindung mit den Durchführungsverordnungen zur Einkommensteuer hervor. Eine Klarstellung dieser Zusammenhänge findet sich im Urteil des [Finanzgericht Rheinland-Pfalz vom 04. Juli 2018, Aktenzeichen 1K 1480 / 16](#) und den [weiteren Ausführungen dazu hier](#).