

Wenn die Seele streikt

Erkrankungen der Psyche ziehen für privat Versicherte oft Ärger mit dem Versicherer nach sich. Bei Vorerkrankungen machen die meisten PKV-Unternehmen ohnehin die Schotten dicht. Aber auch harmlos erscheinende Arztbesuche können sich als Bumerang erweisen. Das macht den Vertrieb von PKV-Policen manchmal zum Hürdenlauf.

Volker H. leistete vor einigen Jahren beherzt Hilfe bei einem schweren Verkehrsunfall auf der Autobahn, bei dem es Tote und Schwerverletzte gab. Danach bekam er die Bilder davon nicht mehr aus dem Kopf und schlief häufig sehr schlecht. Sein Hausarzt riet ihm, einige Sitzungen bei einem Psychotherapeuten zu absolvieren. Die Gespräche halfen ihm, das Geschehen zu verarbeiten. Anschließend hatte er nie wieder psychische Probleme irgendeiner Art. Vier Jahre später wollte er in die private Krankenversicherung wechseln, weil er inzwischen in seinem Job ordentlich vorangekommen war und über der Pflichtversicherungsgrenze lag. Doch die private Krankenversicherung lehnte seinen Antrag ab. Der Grund dafür: die Gespräche mit dem Psychotherapeuten nach dem Verkehrsunfall.

„Psychotherapie ist ein K.-o.-Kriterium für die private Krankenversicherung. Sobald ein Antragsteller für den Abfragezeitraum eine Behandlung anführt, so gering sie auch sein mag, wird ihm die Aufnahme in aller Regel verwehrt“, berichtet Sven Hennig, Spezialmakler für private Krankenversicherungen in Bergen auf Rügen. Schon eine Konsultation bei einem Psychotherapeuten, so berichtet die Bundespsychotherapeutenkammer, reicht aus, damit private Versicherer potenzielle Kunden abweisen. Es sei schon schwer nachvollziehbar, dass Versicherer die Hände heben, nur weil ein Antragsteller mal wegen der Folgen von Prü-

Zusammenarbeit mit dem Arzt die Sache wieder geradebiegen. So entpuppt sich ein Burn-out im Nachhinein als eine schlichte Ermüdung nach einer härteren Arbeitsphase, von der sich der Betroffene längst wieder erholt hat. Der Arzt hatte bei der Beschreibung des Zustandes seines Patienten möglicherweise etwas übertrieben, auch mit Blick auf die eigene Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Problem dabei: Der Patient sieht in aller Regel nicht, was in der Krankenakte erfasst wird.

Wenn es bereits zu Sitzungen bei einem Psychotherapeuten gekommen ist, dann sind meist alle Messen gesungen. Sven Hennig weiß allerdings aus eigener Erfahrung, dass es sich in bestimmten Fällen durchaus lohnen kann, mit dem Versicherer über „Problemkandidaten“ zu reden. „Wenn Ereignisse von außen der Anlass für den Besuch beim Psychotherapeuten waren, zum Beispiel Prüfungsstress, Ehescheidungen oder Todesfälle, bleibt die Anzahl der Sitzungen zumeist in einem überschaubaren Rahmen.“ Unter solchen Umständen könne die Aufnahme in die private Krankenversicherung noch gelingen. Handele es sich dagegen um Zustände, die von „innen“ herrühren, wie zum Beispiel mangelndes Selbstwertgefühl oder Kindheitsbewältigung, dann habe es keinerlei Sinn, überhaupt einen Antrag zu stellen, so Sven Hennig weiter. Dabei ist es immer ratsam, eine Ausschreibung oder eine Vorausfrage durch einen Berater durchführen zu lassen. Oftmals passiert aber genau das Gegenteil. Es werden zahlreiche Anträge gestellt oder die Psychotherapie absichtlich unterschlagen.

Gerd Güssler, Geschäftsführer der KVpro.de GmbH in Freiburg, ein auf den Vergleich von Krankenversicherungen spezialisiertes Analysehaus, rät, bei psychotherapeutischen Behandlungen abzuwägen, ob diese Leistungen sofort beim Krankenversicherer eingereicht werden. „Ein psychisches Problem, das auf ein gravierendes Erlebnis zurückzuführen ist, kann vielleicht schon mit fünf oder sechs Sitzungen aus der Welt geschafft werden.“ Damit bleibe das finanzielle Risiko in einem überschaubaren Rahmen, und der Versicherte verhindere so, dass er bei seinem Versicherer als „psychisch Kranker“ geführt wird und sich damit möglicherweise einen späteren Wechsel zu einem anderen Anbieter verbaut. „Versicherte sollten daher zwischen einer sich anbahnenden Lebenskrise und einer schweren Erkrankung, wie etwa einer Depression, unterscheiden.“

Psychische Erkrankungen ziehen größere Kreise

Nach einer Untersuchung der Bundespsychotherapeutenkammer, die vor knapp vier Jahren durchgeführt wurde, lehnten 40 von 48 befragten privaten Krankenversicherern die Aufnahme von psychisch Kranken grundsätzlich ab. Die übrigen machten keine oder keine eindeutigen Aussagen dazu. Aber es kann davon ausgegangen werden, dass es bei den verbleibenden acht ebenso schwierig ist, einen Antragsteller mit einer psychischen Vorerkrankung zu vermitteln. Hinter vorgehaltener Hand hört man von einem der ganz großen Spezialvertriebe für die private Krankenversicherung, dass es ein oder zwei Versicherer gibt, die hin und wieder schon mal eine Ausnahme machen. Namen will man aber nicht nennen und am liebsten überhaupt nicht über das Thema reden.

Neun private Krankenversicherungen lehnten in der Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer die Aufnahme sogar dann ab, wenn die psychische Erkrankung erfolgreich behandelt wurde und vor Jahren auftrat. Bei den meisten muss die Behandlung zumindest zwischen fünf und zehn Jahre zurückliegen, ohne dass zwischenzeitlich wieder Beschwerden aufgetreten sind. Es gibt aber auch Ausnahmen. „Axa hat mit der Einführung der jüngsten Antragsgeneration die Annahmebedingungen etwas gelockert, im neuen Antrag gelten nur noch drei Jahre“, stellt Sven Hennig ebenfalls fest. Das hänge mit der Einführung des automatisierten Risikobewertungssystems „Aktuarmed“ zusammen, das die Axa nun nutzt. Der Münchener Verein fragt gleichfalls nur drei Jahre ab. „Die Masse der Versicherer betrachtet aber die letzten fünf oder zehn Jahre“, fügt Hennig hinzu. Dennoch lohne sich auch in diesem Fall manchmal eine entsprechende Vorausfrage.

Einerseits ist die Vorsicht der privaten Krankenversicherer zu verstehen. Psychische Erkrankungen sind oftmals langwierig und daher teuer. Solche schwer kalkulierbaren Risiken möchten die Unternehmen meiden. Andererseits geben Experten zu bedenken, dass die PKV versucht, sich aus einer Entwicklung herauszuhalten, die immer größere Kreise in unserer Gesellschaft zieht. Mittlerweile ist jede zehnte Krankschreibung in Deutschland auf psychische Probleme zurückzuführen. 2008 entfielen immerhin elf Prozent aller Fehltag auf eine solche Diagnose. Seit 1990 verdoppelten sich die Krankschreibungen aus diesem Grund. Zudem führen psychische Erkrankungen zu besonders langen Fehlzeiten, weil die Behandlung und Heilung aufwendig ist. Besonders häufig treten sie in der Dienstleistungsbranche



Kunden mit psychischen Störungen

sind in der PKV ein heißes Eisen

Bild: stockphoto

fungsstress drei oder vier Sitzungen bei einem Psychotherapeuten absolviert hat, meint auch Hennig. „Die PKV-Branche fürchtet aber nicht nur die hohen finanziellen Aufwendungen einer langwierigen psychischen Erkrankung, sondern Patienten von Psychotherapeuten haben eine höhere Affinität, Ärzte aufzusuchen. Wegen der Gefahr des Ärzte-Hoppings neigen viele Versicherer zu einer sehr restriktiven Annahmepolitik.“

Eintrag des Hausarztes wird zum Verhängnis

Aber selbst wenn ein Antragsteller nie bei einem Psychotherapeuten in Behandlung war und sich gar keiner psychischen Erkrankung bewusst ist, kann die Ablehnung eines Versicherungsantrages ins Haus flattern. „Der Hausarzt hat zum Beispiel vor einigen Jahren einen psychischen Erschöpfungszustand in der Krankenakte vermerkt. Damit ist eine spätere Aufnahme in die private Krankenversicherung meist schon verspielt“, erläutert der Geschäftsführer eines Spezialvertriebs für private Krankenversicherungen, dem das Thema aber zu delikat ist, um sich dazu öffentlich unter seinem Namen zu äußern.

Ein solcher Eintrag sei bei der Antragstellung dann aber nur schwer wieder zu entkräften. Solche Fälle sind nach Erfahrung von Experten gar nicht so selten. Von 50 Interessenten für eine private Krankenversicherung könnten schon drei bis vier mit diesem Problem konfrontiert werden. Unter Umständen lässt sich noch mit dem Versicherer verhandeln und in

auf. Die gesetzlichen Krankenkassen, die dazu ebenfalls Erhebungen angestellt haben, verzeichneten bei den Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen, in der Telekommunikation und in öffentlichen Verwaltungen überdurchschnittlich viele Fehltag aufgrund psychischer Störungen. Damit wird die Vermittlung von privaten Krankenversicherungen für den Vertrieb schwieriger, weil die potenzielle Kundschaft in größerem Umfang davon betroffen ist. Gerade unter den Arbeitnehmern, die mit ihrem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, ist der Leistungsdruck hoch und die Gefahr eines Burn-out-Syndroms oder ähnlicher psychischer Erkrankungen groß.

Aber der Grund für einen Ausschluss aus dem Kreis der Kandidaten für eine private Krankenversicherung kann schon viel früher im Leben auftauchen. Auf zum Teil skurrile Ausschlusskriterien macht die Bundespsychotherapeutenkammer aufmerksam. Wer in der Schule wegen ADHS mit Ritalin behandelt wurde, als Mädchen magersüchtig oder als Jugendlicher aufgrund aggressiven Verhaltens auffällig war, gefährde schon in jungen Jahren seine Versicherungsfähigkeit bei der PKV, schimpft die Kammer. Schon bei 20- bis 30-jährigen betreibe die PKV massive Risikoselektion.

Wer dennoch in die private Krankenversicherung will, dem bleibt unter diesen Umständen nur noch der Basistarif übrig, den es seit Januar 2009 gibt. Auf eine weniger bekannte Alternative für „schwere Fälle“ verweist Hennig: die Versicherung über einen Gruppenvertrag. „Dort können Ausschlüsse vorgenommen werden, die in der Vollversicherung nicht erlaubt sind. Für einen Patienten mit einer Vorerkrankung wird dann einfach die Psychotherapie aus dem Leistungskatalog gestrichen.“ Da es aber nur recht wenige solcher Gruppenverträge gibt, sind die Möglichkeiten einer Versicherung auf diesem Wege sehr eingeschränkt. „Wird ein solcher Ausschluss vorgenommen, so ist dringend auf die genaue Formulierung zu achten. Es ist nicht hinnehmbar, dass pauschal alles ausgeschlossen wird.“ Hennig ist auch aus diesem Grund kein Freund einer solchen Lösung, er würde einem Kunden dazu nicht raten.

Beim Basistarif ist den Versicherern keine Gesundheitsprüfung und kein Risikoausschluss erlaubt. Allerdings ist er mit rund 580 Euro keine wirkliche Alternative, denn dafür gibt es nur den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Der kann unter Umständen bei der Psychotherapie allerdings größer sein als in der privaten Versicherung.

Zahl der Sitzungen ist meist begrenzt

Die Leistungen der einzelnen Tarife variieren nämlich stark. Während mit den Einsteiger- und Kompakttarifen Psychotherapien häufig nur in einem geringen Umfang erstattet werden, kommen Hochleistungstarife dafür auf, allerdings recht unterschiedlich. In neuen Hochleistungstarifen, das hat Güssler beobachtet, bauen die Versicherer mittlerweile sogar umfangreichere Erstattungen für die ambulante und stationäre Behandlung von psychischen Erkrankungen ein. „Diese Tarife sind dann aber auch teuer.“

So variiert die Anzahl der Sitzungen, die von der Versicherung erstattet werden. Im besten Fall gibt es gar keine Begrenzung. Aber das ist die Ausnahme. Bei der Debeka zum Beispiel ist schon nach der 20. Sitzung Schluss. Die Concordia leistet zwar noch weiter, dann muss dafür aber eine schriftliche Genehmigung eingeholt werden. Diese kann unter Umständen auch versagt werden. Alte Oldenburger, Arag, Hallesche, Hanse-Merkur, Central, Inter, Landeskrankenhilfe, Münchener Verein, Pax-Familienfürsorge, SDK und Universa zahlen in einigen Tarifen die kompletten

Aufwendungen für insgesamt 50 Sitzungen jährlich. 20 Sitzungen reichen nach Meinung von Experten allenfalls für eine Kurzzeittherapie, 30 sollten es mindestens schon sein, damit von einer ausreichenden Absicherung gesprochen werden kann.

Aber der Vergleich der Anzahl der Sitzungen allein reicht nicht. Gleichzeitig muss ein Selbstbehalt und der Grad der Kostenerstattung berücksichtigt werden. Ein Versicherer, der bis zur 30. Sitzung 100 Prozent erstattet, danach aber nichts mehr, ist bei einer langen Erkrankung ungünstiger als ein Anbieter, der von der ersten bis zur 50. Behandlung nur 75 Prozent bezahlt. Bei einem durchschnittlichen Preis einer Therapiestunde von 100 Euro zahlte der erste Versicherer 3.000 Euro. Die restlichen 2.000 müssen vom Versicherten selbst aufgebracht werden. Beim zweiten Anbieter, der auf den ersten Blick zunächst ungünstiger erscheint, erhält der Versicherte jedoch 3.750 Euro erstattet und muss nur 1.250 Euro aus der eigenen Tasche berappen.

Unterschiede gibt es auch bei den Personen, die aus der Sicht der privaten Versicherer geeignet sind, solche Behandlungen auszuführen. Ohne Diskussionen werden ärztliche Psychotherapeuten akzeptiert. Sie haben ein Medizinstudium und noch eine Weiterbildung für die Psychotherapie absolviert. Schon etwas anders sieht es dagegen bei den psychologischen Psychotherapeuten aus. Sie studierten Psychologie und haben sich anschließend auf die Psychotherapie spezialisiert. Einige Versicherer, wie zum Beispiel die Alte Oldenburger, UKV oder die Universa akzeptieren diese Fachleute nicht. Andere sind dagegen nicht ganz so streng, wollen aber zumindest vorher danach gefragt werden.

Klaus Morgenstern

So leisten private Krankenversicherer für die psychotherapeutische Behandlung (exemplarische Auswahl von Tarifen)

Versicherer	Tarif	Leistung nur mit vorheriger Zustimmung des Versicherers	Behandlung durch psychologischen Psychotherapeuten	Behandlung durch Diplompsychologen	Prozentleistung (jährlich)	Prozentleistung für 21 bis 30 Sitzungen	Prozentleistung für 31 bis 50 Sitzungen
Allianz	Aktimedbest 90	nein	nach vorheriger Zusage des VR	nein	100	100	70
Alte Oldenburger	A106, K/S+K20, Z100/80	nein	nein	nein	100	100	100
Arag	210, 220, 529	nein	ja	nein	100	100	100
Axa	VisionStart-N	nein	ja	nein	100	100	80
Barmenia	VA01, VS100+VS300, VD100	nein	ja	nein	80	80	80
BK	Comp Priv-Start 250 (B)	nein	ja	nein	80	80	80
Central	vario_TOP_(V111S1)	nein	ja	nein	100	100	100
Concordia	AV1, SV1, ZV1	nein (erst ab der 21. Sitzung im Kj.)	nach vorheriger Zusage des VR	ja	100	0	0
Continentale-Europa	GS1 Plus	nein (erst ab der 31. Sitzung im Kj.)	ja	nein	100	100	0
Debeka	PN, PNE	nein	ja	nein	100	0	0
Deutscher Ring	Comfort+, PIT	nein	ja	ja	100	100	0
DEVK	AM-V0, ST-V2+ST-V3, ZE-V	nein (erst ab der 31. Sitzung im Kj.)	ja	nein	75	75	0
DKV	Vollmedaktiv, SW1	nein	ja	nein	75	62,5	50
Gothaer	Medicomfort+Medinatura	nein	ja	nein	80	80	80
Hallesche	AV3+URZ, CG1	nein	nach vorheriger Zusage des VR	nein	100	100	100
Hanse-Merkur	ASZG(ProFit), PS1+PS3	nein	ja	nein	100	100	100
HUK-Coburg	A0, SE, Z100	nein	ja	nein	100	100	0
Inter	Comflin (CLL)	nein	ja	nein	100	100	100
LKH	T	nein	ja	nein	100	100	100
LVM	A0, S1, Z100/80	nein	ja	nein	100	100	0
Mannheimer	Purismamax (V Prem P)	nein	ja	nein	80	80	50
Münchener Verein	728 (Excellent), 730, 767	nein	ja	nein	100	100	100
Nürnberg	A001, S001, Z002	nein	ja	nein	100	100	0
Pax-Familienfürsorge	A0, EB+S2+S3	ja	ja	ja	100	100	100
Provincial KV AG	VKA, KHP+KHU	ja	ja	nein	80	80	80
R+V	Agilpremium (TNO)	nein	ja	nein	100	100	100
SDK	A100, S101, A275	ja	ja	nein	100	100	100
Signal-Iduna	Exklusiv-Plus 0	nein	ja (nach GOÄ)	ja	100	100	0
UKV	VA100, VS110, VZ110	nein (erst ab der 31. Sitzung im Kj.)	nein	ja	100	100	0
Universa	A100+RD2003, ST1/100, ZA100	nein	nein	nein	100	100	100
Victoria	Victoria Med PR1/0	nein	ja	nein	100	100	80
Württembergische	KN 600	ja	ja	nein	80	80	60

Quelle: KVpro.de