



Häufig gestellte Fragen zu den Kostenerstattungstarifen 18

Stand 7.2016

1 Weshalb benötige ich einen Kostenerstattungstarif?

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) schränken ihre Leistungen immer weiter ein. Gerade im ambulanten Bereich spüren gesetzlich Versicherte Budgetierungen und Leistungsbeschränkungen besonders stark.

Wer sich mit diesen Einschränkungen nicht abfinden möchte, aber die GKV nicht verlassen kann oder will, hat dennoch die Möglichkeit, Privatpatientenstatus zu genießen. Dazu muss sich der gesetzlich Versicherte für das Kostenerstattungsprinzip entscheiden und kann zur Abfederung der Restkosten die Kostenerstattungstarife der ARAG abschließen.

2 Wie funktioniert das Kostenerstattungsprinzip?

Zunächst einmal muss sich der gesetzlich Versicherte bei seiner Krankenkasse für das Kostenerstattungsprinzip entscheiden. Die Entscheidung kann je versicherte Person einzeln getroffen werden (wichtig zum Beispiel bei Familienversicherung) und gilt für den ambulanten und/oder den stationären und/oder den Zahnbereich. An diese Wahl ist der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr – je nach Krankenkasse auch bis zu einem Jahr – gebunden. Danach kann sich der Versicherte für die Rückkehr zum Sachleistungsprinzip entscheiden.

Vom Versicherten in Anspruch genommene ärztliche Leistungen werden durch die GKV dann nicht mehr über die „Chip-Karte“ abgerechnet (Sachleistungsprinzip), sondern per Rechnungsstellung durch den Arzt (Kostenerstattungsprinzip).

Das bedeutet, dass der gesetzlich Versicherte seine Versichertenkarte beim Arzt nicht „vorzeigt“. Der Arzt behandelt den gesetzlich Versicherten wie einen Privatpatienten (inklusive schnellerer Terminvergabe, kürzeren Wartezeiten, etc.) und rechnet entsprechend zu den höheren Sätzen direkt mit diesem ab. Der Versicherte erhält eine Privatrechnung vom Arzt. Diese ist vom Versicherten bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einzureichen.

Die GKV erstattet die Kosten jedoch nur in der Höhe, wie sie bei Abrechnung über die Versichertenkarte entstanden wären – das heißt zum Kassensatz und nicht zu den bei Privatpatienten üblichen Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Zusätzlich werden die Praxisgebühr sowie eine Pauschale für die erhöhten Verwaltungskosten der Krankenkasse vom Erstattungsbetrag abgezogen.

Die – teils erheblichen – Restkosten übernimmt die ARAG aus den Kostenerstattungstarifen.

Die Versichertenkarte verbleibt als Nachweis der GKV-Mitgliedschaft beim Versicherten. In den Bereichen, in denen sich der Versicherte nicht für das Kostenerstattungsprinzip entschieden hat, erfolgt die Abrechnung von in Anspruch genommenen Leistungen weiterhin über die Versichertenkarte.

3 Welche ambulanten Leistungen sind versichert?

Nach Vorleistung der GKV 100 Prozent der Restkosten für medizinisch notwendige privatärztliche Behandlung einschließlich

- Beratung, Untersuchung, Wegegebühren
- Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Behandlungen aufgrund von Schwangerschaft und Entbindung
- Rezeptgebühr für Arznei- und Heilmittel
- Verwaltungskostenpauschale

Wurde mit der GKV ein Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, so zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV.

Ohne Vorleistung der GKV werden für die vorgenannten Leistungen aus Tarifstufe:

Tarif 181	30 % der Kosten
Tarif 182	60 % der Kosten
Tarif 183	Keine Kosten erstattet

4 Sieht der Tarif auch Leistungen für Sehhilfen und andere Hilfsmittel vor?

Nein. Der Tarif sieht keine Leistung für Sehhilfen und sonstige Hilfsmittel vor.

5 Sieht der Tarif auch Leistungen für Heilmittel vor?

Ja. Tarif 18 sieht Leistungen für Heilmittel wie zum Beispiel Massagen, Krankengymnastik, Ergo- und Logotherapie vor.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

6 Sieht der Tarif auch Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen vor?

Ja. Tarif 18 sieht Leistungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vor.

Vorsorgeuntersuchungen sind ohne Alters- und Diagnosebeschränkung und ohne zeitliche Einschränkung erstattungsfähig.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Erstattungsweisen der einzelnen Krankenkassen.

7 Sieht der Tarif auch Leistungen für Schutzimpfungen vor?

Ja. Tarif 18 sieht Leistungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor.

Schutzimpfungen sind ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme, auch als Prophylaxe für Reisen in tropische Länder erstattungsfähig.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Erstattungsweisen der einzelnen Krankenkassen.

8 Sieht der Tarif auch Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung vor?

Ja. Tarif 18 sieht ambulante Leistungen für Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung, Behandlung wegen Schwangerschaftserkrankung sowie ärztliche Behandlung wegen Entbindung (auch Hausentbindung) und auch Hebammenkosten vor.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

Nicht versichert nach Tarif 18 sind jedoch stationäre Leistungen (Unterbringung, privatärztliche Behandlung im Krankenhaus aufgrund Entbindung).

9 Sieht der Tarif auch Leistungen für ambulante Psychotherapie vor?

Ja. Tarif 18 sieht Leistungen für ambulante Psychotherapie vor. Erstattungsfähig sind bis zu 50 Behandlungsstunden pro Jahr.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

10 Sieht der Tarif auch Leistungen für Transportkosten vor?

Ja. Tarif 18 sieht Leistungen für Transportkosten bis zum nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit vor.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

11 Welche Arzneimittel sind versichert?

Versichert sind Medikamente, wenn diese ärztlich verordnet sind. Auch die Rezeptgebühr wird übernommen. Ausgenommen sind jedoch Nähr- und Stärkungsmittel sowie Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (zum Beispiel Diätkost, Säuglingsnahrung, medizinische Körpermittel).

12 Welche Arten von Apparatedizin sind versichert?

Versichert sind unter anderem Röntgentherapie, Behandlung mit Radium und radioaktiven Isotopen, Röntgendurchleuchtung, Röntgenaufnahmen sowie die Anfertigung von EKG und EEG. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

13 Leistet der Tarif auch bei ambulanten Kurbehandlungen?

Nein. Tarif 18 sieht keine Leistungen für Kurbehandlung (auch Badekur, Kururlaub, etc.) vor.

14 Leistet der Tarif auch für Behandlungen und Medikamente durch einen Heilpraktiker?

Die Tarifstufen 181 und 182 enthalten Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker.

Tarifstufe 183 enthält keine Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze in den Tarifstufen 181 und 182. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

15 Leistet der Tarif auch für Behandlungen und Medikamente durch den Arzt mit Naturheilverfahren?

Ja. Tarif 18 sieht Leistungen für Behandlungen und Medikamente durch den Arzt mit Naturheilverfahren vor.

Je nachdem, ob eine Vorleistung der GKV vorliegt oder nicht, unterscheiden sich die Erstattungssätze. Bitte lesen Sie hierzu auch die Antwort zu Frage 3.

Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Erstattungsweisen der einzelnen Krankenkassen.

16 Sind auch Leistungen im Zahnbereich vorgesehen?

Ja. Die Tarifstufen 184 und 185 enthalten Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie. Der behandelnde Arzt muss eine Kassenzulassung besitzen. Die Erstattungssätze der Gesamtleistung (inklusive Vorleistung der GKV) können Sie folgender Tabelle entnehmen:

	Zahnbehandlung	Zahnersatz, Inlays, Kieferorthopädie
Tarif 184	70 %	70 %
Tarif 185	100 %	70 %

Besteht für eine tarifliche Leistung kein Erstattungsanspruch gegenüber der GKV, so wird die gesamte Leistung aus Tarif 184 bzw. 185 erbracht.

17 Bestehen in den Zahntarifen Summenbegrenzungen in den ersten Jahren?

Ja. In den ersten 24 Monaten ab Versicherungsbeginn ist die Erstattung begrenzt auf:

	Tarif 184	Tarif 185
Im ersten Jahr	400 €	500 €
Im zweiten Jahr	800 €	1.000 €
Ab dem dritten Jahr	unbegrenzt	unbegrenzt

Die Summenbegrenzungen entfallen für Behandlungen aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls.

18 Ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Nein. Jedoch wird bei umfangreichen Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Der Versicherer prüft dann die Unterlagen und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft.

19 In welchen Fällen lehnt die GKV die Kostenerstattung komplett ab?

Die GKV lehnt für eine ambulante Behandlung die Kostenerstattung komplett ab, wenn zum Beispiel

- der behandelnde Arzt keine Kassenzulassung besitzt und der Versicherte vor Behandlungsbeginn keine Kostenerstattungszusage bei seiner Krankenkasse eingeholt hat,
- der Arzt Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden durchführt, welche die Krankenkasse grundsätzlich nicht erstattet (zum Beispiel bestimmte Naturheilverfahren),
- die Behandlung im Ausland ohne vorherige Kostenzusage der Krankenkasse durchgeführt wird.

20 Leistet der Tarif auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus?

Ja. Bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung ist die Erstattung nicht auf die Höchstsätze der Gebührenordnung beschränkt.

Unsere Empfehlung:

Vor Abschluss einer Honorarvereinbarung sollte stets mit der Leistungsabteilung der ARAG Krankenversicherung Kontakt aufgenommen werden.

21 Sieht der Tarif eine Selbstbeteiligung vor?

Die jährliche Selbstbeteiligung ist abhängig von der gewählten Tarifstufe. Sie wird fällig für alle ambulanten Leistungen und beträgt in Tarif

Tarif 181	0 €
Tarif 182	75 €
Tarif 183	150 €

22 Sieht der Tarif eine Beitragsrückerstattung vor?

Ja. Der Tarif sieht bei Leistungsfreiheit eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.

Für ein leistungsfreies Jahr: zwei Monatsbeiträge

Für zwei und mehr leistungsfreie Jahre: drei Monatsbeiträge

Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird bei Leistungsfreiheit für das erste Versicherungsjahr eine anteilige Beitragsrückerstattung geleistet.

Die Beitragsrückerstattung wird in allen Tarifstufen (181 bis 185) gewährt. Voraussetzung ist, dass die betreffende versicherte Person aus keiner versicherten Tarifstufe (zum Beispiel 182 und 185) Leistungen in Anspruch genommen hat.

23 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, der Tarif sieht Wartezeiten vor. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen acht Monate und gelten für Entbindung, Psychotherapie sowie Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein ärztlicher Befundbericht (bei den Tarifen 184 und 185 ein zahnärztlicher Befundbericht) mit entsprechendem Untersuchungsergebnis beim Versicherer eingereicht wird. Zudem entfallen die Wartezeiten bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

Unsere Empfehlung:

- Falls Sie Wartezeiterlass aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichts beantragen möchten, sollte dies bereits im Rahmen der Antragstellung erfolgen. Dadurch können Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung vermieden werden.
- Beantragen Sie das Kostenerstattungsprinzip bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse erst nach Antragsannahme durch die ARAG. Sollte es bei der Antragsprüfung zu Verzögerungen kommen, so ist eine entsprechende Beginnverlegung der Versicherung nach Tarif 18 möglich.

24 Welche Kombinationsmöglichkeiten bestehen mit anderen Tarifen?

Die ambulanten Tarifstufen 181, 182 und 183 können jeweils einzeln bestehen. Die Tarifstufen 184 und 185 für den Zahnbereich können nur jeweils gemeinsam mit einer der ambulanten Tarifstufen bestehen.

Der Versicherungsschutz kann erweitert werden um eine stationäre Zusatzversicherung nach Tarif 26 mit Leistungen für die Chefarztbehandlung sowie die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Abgerundet werden kann der Versicherungsschutz durch unsere Pflegezusatztarife, durch eine Krankenhaustagegeldversicherung sowie durch eine Krankentagegeldversicherung zur Verdienstaufabsicherung.

Ein Abschluss der Tarife unserer DentalPro Serie (Z100, Z90Bonus, Z70 und Z50/90) in Verbindung mit den ambulanten Tarifstufen 181, 182 und 183 ist nur möglich, wenn für den Zahnbereich kein Kostenerstattungsprinzip mit der Krankenkasse vereinbart wurde.

25 Enthält der Tarif eine Option für den Wechsel in die ARAG Vollversicherung?

Nein. Wird eine Option gewünscht, so kann zu den Tarifen 181, 182 oder 183 der Optionstarif FlexiPro abgeschlossen werden.

Die Option aus Tarif FlexiPro gilt für die ersten 15 Jahre nach Versicherungsbeginn, maximal bis zum vollendeten 50. Lebensjahr

- bei Wegfall der Versicherungspflicht
- bei Wegfall des Anspruchs auf beitragsfreie Familienversicherung
- nach drei oder fünf Jahren seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro für Personen, die freiwillig gesetzlich versichert sind.

Tarif FlexiPro ist abschließbar für die Eintrittsalter 0 bis 49 Jahre. Der monatliche Einheitsbeitrag beträgt 5 Euro.

26 Wie kann der Vertrag wieder beendet werden?

Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Zu diesem Zeitpunkt kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Das ordentliche Kündigungsrecht kann jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende ausgeübt werden.

Der Vertrag endet, wenn die Mitgliedschaft in der deutschen GKV endet.

27 Was passiert bei Aufgabe des Kostenerstattungsprinzips?

Wechselt der Versicherte vom Kostenerstattungsprinzip zurück zum Sachleistungsprinzip, so besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz anzupassen, das heißt in andere ambulante Ergänzungstarife bzw. Zahnzusatztarife umzustellen (erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten bei Mehrleistung).

Ebenso kann der Vertrag ordentlich, das bedeutet bei Einhaltung der vorgenannten Fristen, gekündigt werden.

Bei Beendigung des Kostenerstattungsprinzips besteht kein Sonderkündigungsrecht.

28 Worin liegt der Vorteil gegenüber Wahltarifen der GKV?

Einige Krankenkassen bieten ebenfalls eine Restkostenabsicherung für Versicherte mit dem Kostenerstattungsprinzip als Wahltarif an.

Dies ist ein Wahltarif, durch den sich der gesetzlich Versicherte für ein Jahr an seine GKV bindet. Dadurch verzichtet er auf sein Sonderkündigungsrecht, auch dann wenn die Krankenkasse Zusatzbeiträge erheben oder bestehende Zusatzbeiträge erhöhen sollte.

Weiterhin hat die GKV das Recht, einen Wahltarif zu schließen. Dies kann beispielsweise dann geschehen, wenn die Erstattungsleistungen aus einem Wahltarif die erwarteten Kosten übersteigen, so dass sich der Wahltarif nicht selbst trägt. Die ARAG Krankenversicherung dagegen verzichtet in der Krankenzusatzversicherung auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Das heißt, ein einmal geschlossener Vertrag kann nicht durch die ARAG beendet werden.

Wer sich in den Kostenerstattungstarifen der ARAG versichert, bleibt dagegen völlig flexibel in der Wahl seiner Krankenkasse. Auch ein Wechsel in die Private Krankheitskosten-Vollversicherung ist selbstverständlich möglich.

Ein weiterer Nachteil der GKV-Wahltarife für Versicherte mit Kostenerstattungsprinzip ist, dass meist nicht über die Höchstsätze der Gebührenordnungen hinaus geleistet wird.

Bei gültiger individueller Honorarvereinbarung ist die Erstattung aus Tarif 18 nicht auf die Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte begrenzt.

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München