



Häufig gestellte Fragen zu den Vorsorgetarifen

V100BL und V100s

Stand 3.2016

1 Warum ist ein Vorsorgetarif sinnvoll?

Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die so genannten „gesetzlich eingeführten Programme“ beschränkt. Diese Leistungen stellen jedoch sowohl hinsichtlich der erlaubten Inanspruchnahmehäufigkeiten als auch des Behandlungsumfanges nur eine Grundversorgung dar – weitere Maßnahmen wären durchaus medizinisch sinnvoll. Unsere Vorsorgetarife stocken die Leistungen der GKV im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen deutlich auf und erstatten zudem Kosten für Schutzimpfungen.

Auch in der Krankheitskostenvollversicherung (PKV) sind die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen häufig auf die Leistungen gesetzlich eingeführter Programme begrenzt. Für den Versicherungsschutz für Impfungen gelten ebenso häufig Begrenzungen. Daher können auch privat krankenversicherte Personen vom Versicherungsschutz durch unsere Vorsorgetarife profitieren.

2 Der bKV-Tarif V100BL und der Weiterführungstarif V100s – wo liegen die Unterschiede?

Die Leistungen der Tarife sind zu 100 Prozent identisch.

Die Tarife unterscheiden sich jedoch durch den versicherbaren Personenkreis:

Der bKV-Tarif gilt im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Kollektivversicherung/betrieblichen Krankenversicherung für Mitarbeiter der jeweiligen Unternehmen.

Der Weiterführungstarif gilt für:

- Arbeitnehmer nach Beendigung des jeweiligen Kollektivrahmenvertrages, inklusive deren Familienangehörige
- Arbeitnehmer nach Ausscheiden aus der Firma, inklusive deren Familienangehörige
- Familienangehörige von im bKV-Tarif versicherten Arbeitnehmern

3 Ist für diesen Tarif eine Gesundheitsprüfung erforderlich?

Nein, für die Vorsorgetarife ist keine Gesundheitsprüfung erforderlich.

4 Welche Leistungen sind versichert?

100 Prozent der Restkosten (d.h. die auch nach Vorleistung der GKV bzw. der PKV verbleibenden Kosten) für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß tariflichem Verzeichnis. Das Verzeichnis umfasst dabei die folgenden Bereiche:

- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft
- Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen
- Krebsvorsorgeuntersuchungen

Für Vorsorgeuntersuchungen werden insgesamt bis zu **1.000 Euro** innerhalb von **zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren** erstattet.

100 Prozent der Restkosten für

- Impfungen gemäß der STIKO-Empfehlung (Impfempfehlung der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut)
- Impfungen gegen Tollwut
- Impfungen gegen Hepatitis A und B
- Impfungen gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Impfungen aufgrund von Auslandsreisen

Für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff werden insgesamt bis zu **200 Euro** innerhalb von **zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren** erstattet.

5 Welche Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig?

Die nachfolgenden Vorsorgeuntersuchungen werden aus den Vorsorgetarifen erstattet.

Erstattungsfähige Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen:

- **U6a:** Einmalige Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U6 im 15.–18. Lebensmonat
- **U9a:** Erste Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 8. Lebensjahr
- **U9b:** Zweite Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 10. Lebensjahr
- **J1a:** Einmalige Wiederholung der Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14.–16. Lebensjahr

- **Schielvorsorge:** Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum 7. Lebensjahr
- **Augen-Check:** Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.–15. Lebensjahr
- **Audio-Check:** Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.–15. Lebensjahr

Die genannten Vorsorgeuntersuchungen gehen über die Leistungen der GKV hinaus. Die Leistungen der GKV in diesem Bereich beinhalten die Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U9, zusätzlich U7a, J1 sowie den Neugeborenen-Hörcheck.

Erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft:

- **Zusätzliche Sonografie** (auch als Ultraschall-Untersuchung bezeichnet) in Ergänzung zur GKV-Leistung, einmalig pro Schwangerschaft. Der Leistungsanspruch ist nicht auf einen bestimmten Zeitraum während der Schwangerschaft begrenzt.
- Der **Triple-Test** ist einmalig pro Schwangerschaft erstattungsfähig. Beim Triple-Test werden verschiedene Hormone im Blut der Schwangeren untersucht. Das Ergebnis des Bluttests gemeinsam mit anderen Risikofaktoren (z.B. Alter der Schwangeren) kann ein erhöhtes Risiko des Down-Syndroms oder eines Neuralrohrdefektes beim Kind anzeigen.

Erstattungsfähige allgemeine Vorsorgeuntersuchungen:

- **Großer Gesundheits-Check** zur Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (wie Diabetes) sowie Erkrankungen der inneren Organe einschließlich
 - Klinischer Untersuchung
 - Großem Blutbild und Bestimmung von Stoffwechselwerten
 - Belastungs-EKG
 - Sonografie von bis zu 4 Organen
 - Lungenfunktionsprüfung
- **Sonografie-Check** von bis zu vier inneren Organen
- **Lungen-Check** zur Überprüfung der Lungenfunktion inklusive Ruhespirografie und Flussvolumenkurve
- **Hirnleistungs-Check** zur Früherkennung einer Demenz mittels orientierender Testuntersuchungen
- **Osteoporose-Vorsorge** durch Bestimmung des Mineralgehaltes des Knochengerüsts (Osteodensitometrie)
- **Schilddrüsen-Vorsorge** mittels Bestimmung des TSH-Wertes im Blut
- **Glaukom-Vorsorge** (zur Früherkennung des Grünen Stars) mittels Perimetrie (Gesichtsfeldvermessung), Tonometrie (Augeninnendruckmessung) und Gonioskopie (Inspektion des zwischen Hornhaut und Iris liegenden Kammerwinkels)
- **Schlaganfall-Vorsorge** durch Messung der Strömungsverhältnisse mittels Sonografie
- **Helicobacter-Pylori-Test:** Helicobacter Pylori ist ein Bakterium, das für über 75 Prozent der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre (stellen Krebsvorstufen dar) verantwortlich ist. Der Test wird mittels eines C-Harnstoff Atemtests durchgeführt.
- **Hauttyp-Bestimmung**
- **HIV-Test**

Erstattungsfähige Krebsvorsorgeuntersuchungen:

- **Große Krebsvorsorge der Frau** einschließlich
 - Körperlicher Untersuchung
 - Großem Blutbild
 - Sonografie von bis zu vier inneren Organen
 - Sonografie der Brust
 - Mammografie (Röntgenuntersuchung der Brust)
- **Große Krebsvorsorge des Mannes** einschließlich
 - Körperlicher Untersuchung
 - Großem Blutbild
 - Sonografie von bis zu 4 inneren Organen
 - Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) im Rahmen eines Bluttests zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms
- **Hautkrebs-Screening** mittels Auflichtmikroskopie und Fotodokumentation
- **Darmkrebsvorsorge** mittels Stuhlbluttest bzw. Darmspiegelung (Koloskopie)

Untersuchungen, die im Großen Gesundheitscheck oder in der Großen Krebsvorsorge enthalten sind, können auch einzeln in Anspruch genommen werden.

6 Lifestyle-Check, Sportmedizinischer Check und Großer Gesundheitscheck – wo liegen die Unterschiede?

Der Lifestyle-Check zielt auf die Einschätzung der individuellen Lebensführung ab. Deshalb wird eine umfangreiche Anamnese erstellt, der Body-Mass-Index bestimmt, der Blutdruck gemessen sowie die Stoffwechselwerte untersucht.

Der Sportmedizinische Check dient der Untersuchung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Abschätzung von Risikofaktoren bei sportlicher Aktivität. Er beinhaltet eine körperliche Untersuchung, die Bestimmung der Blut- und Stoffwechselwerte, ein Belastungs-EKG sowie eine Überprüfung der Lungenfunktion.

Der Große Gesundheits-Check enthält umfangreiche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Diabetes sowie Krankheiten innerer Organe. Dabei werden zusätzlich zur körperlichen Untersuchung und umfangreicher Anamnese auch die Blut- und Stoffwechselwerte bestimmt, ein Belastungs-EKG durchgeführt, die Lungenfunktion geprüft sowie eine Ultraschall-Untersuchung der inneren Organe durchgeführt.

Alle Untersuchungen des Lifestyle-Checks wie auch des Sportmedizinischen-Checks sind im Großen Gesundheits-Check enthalten und damit Gegenstand des Leistungsumfanges in Tarif V100BL und V100s. Die im Großen Gesundheits-Check enthaltenen Untersuchungen können selbstverständlich auch einzeln in Anspruch genommen werden.

7 Gibt es Altersbeschränkungen bezüglich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen?

Grundsätzlich besteht bei den unter Frage 5 dargestellten Vorsorgeuntersuchungen keine Alters-, Zeit- oder Diagnosebeschränkung. Eine Ausnahme stellen die Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen dar, die nur im angegebenen Intervall in Anspruch genommen werden können; zudem können die Leistungen im Bereich „Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen“ jeweils nur einmal pro Schwangerschaft in Anspruch genommen werden.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick hinsichtlich der üblichen Vorsorgeleistungen der GKV und des Lebensalters, in denen diese in Anspruch genommen werden können.

Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	Alter	Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung
Neugeborenen-Hörcheck	1.-3. Lebenstag	ja
U1 bis U9, zusätzlich U7a	ab Geburt bis 64. Lebensmonat	ja
U6a	im 15.-18. Lebensmonat	nein
U9a	im 8. Lebensjahr	nein
U9b	im 10. Lebensjahr	nein
J1	im 14. Lebensjahr	ja
J1a	im 14.-16. Lebensjahr	nein
Schielvorsorge	bis zum 7. Lebensjahr	nein
Augencheck	im 7.-15. Lebensjahr	nein
Audiocheck	im 7.-15. Lebensjahr	nein

Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Sonografie während der Schwangerschaft	dreimal in festgelegten Intervallen
Triple-Test	nein

Krebsvorsorgeuntersuchungen

Krebsvorsorgeuntersuchungen	Alter	Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung
Große Krebsvorsorge der Frau	jährlich ab 21 Jahren	ja, jedoch reduzierter Umfang, zum Beispiel ohne Sonografie, Mammografie nur einmal innerhalb von zwei Jahren bei 50-69-Jährigen
Große Krebsvorsorge des Mannes	jährlich ab 45 Jahren	ja, jedoch reduzierter Umfang, zum Beispiel ohne Sonografie und PSA-Test
Hautkrebs-Screening	ab 35 Jahren: einmal innerhalb von zwei Jahren	ja
Darmkrebsvorsorge Tastuntersuchung und Stuhlbluttest	jährlich von 50 bis 55 Jahren	ja
Stuhlbluttest	ab 55 Jahren, eine zweite Untersuchung zehn Jahre nach der ersten Untersuchung	ja
Darmspiegelung	ab 55 Jahren in zweijährigem Intervall, wenn keine Darmspiegelung vorgenommen wird	ja

8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Schutzimpfungen vor?

Erstattungsfähig sind **100 Prozent** der (Rest-)Kosten für Impfungen einschließlich Impfstoff bis zu **200 Euro in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren** für

- Kosten für Impfungen gemäß STIKO-Empfehlung, die nicht oder nicht in voller Höhe von der GKV übernommen werden
- Impfungen gegen Tollwut, Hepatitis A und B sowie FSME (Zeckenschutzimpfung)
- Impfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen (z.B. Gelbfieber oder Typhus)

9 Was bedeutet STIKO-Empfehlung?

Die ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (kurz STIKO) gibt Impfeempfehlungen heraus. Dies sind zum einen Standard-Impfungen, die für jedermann empfohlen werden, wie z.B. Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln für Säuglinge und Kleinkinder (MMR-Kombinationsimpfung). Zum anderen handelt es sich um so genannte Indikationsimpfungen, die nur bestimmten Personen empfohlen werden, wie z.B. Hepatitis A für Ärzte, Krankenschwestern und Personen in ähnlichen Risikoberufen, oder eine Zeckenschutzimpfung für Personen, die in Hochrisikogebieten wohnen.

Diese Impfungen werden meist von der GKV (teilweise auch vom Arbeitgeber) übernommen.

Übernimmt die GKV bzw. die PKV die Kosten nicht in voller Höhe oder wird eine neu in die STIKO-Empfehlung aufgenommene Impfung (noch) nicht von der GKV bzw. der PKV gezahlt, so leisten unsere Vorsorgetarife.

10 Was ist hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit zu beachten?

Für GKV-Versicherte gilt:

Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Vorsorgeuntersuchungen (bzw. diejenigen Maßnahmen von Vorsorgeuntersuchungen) sowie Schutzimpfungen, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Das bedeutet, dass eventuell bestehende Leistungen der GKV immer zuerst in Anspruch zu nehmen sind.

Hier ein Beispiel zur Veranschaulichung:

Der Große Gesundheitscheck wird ab Alter 35 einmal innerhalb von zwei Jahren von der GKV übernommen, jedoch nur in einem reduzierten Umfang (zum Beispiel ohne Sonografie und Belastungs-EKG). Somit würden aus Tarif V100BL bzw. V100s beispielsweise die Kosten für einen Großen Gesundheitscheck vor Alter 35 sowie die Kosten für die über den Leistungsumfang der GKV hinausgehenden Maßnahmen ab Alter 35 erstattet werden.

Für privat Krankenversicherte gilt:

Die Leistung einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder einer privaten Krankenzusatzversicherung ist jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Sofern Anspruch auf Leistungen aus der privaten Krankheitskostenvollversicherung oder einer eventuell bestehenden privaten Zusatzversicherung besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der privaten Versicherung über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen.

In beiden Fällen ist die tarifliche Leistung gemeinsam mit der Vorleistung der GKV bzw. der privaten Krankenversicherung auf 100 Prozent des tariflich erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beschränkt.

11 Welche Ärzte dürfen in Anspruch genommen werden?

Sofern eine Behandlung bzw. einzelne Maßnahmen der Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Behandlung durchgeführt werden können, ist die Behandlung bei Ärzten mit Kassenzulassung durchzuführen und über die GKV abzurechnen. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind demnach nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Für Maßnahmen, die nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können, ist es deshalb auch zulässig, Ärzte ohne Kassenzulassung aufzusuchen.

Oftmals ist es für den Versicherten jedoch nicht ersichtlich, welche Maßnahmen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können und welche nicht. Deshalb empfiehlt die ARAG – um Abrechnungsprobleme und eventuell auftretende hohe Kostenbeteiligungen des Versicherten zu vermeiden – die Behandlung grundsätzlich bei einem Arzt mit Kassenzulassung durchführen zu lassen. Behandlungen während Auslandsreisen sind hiervon natürlich nicht berührt.

12 Unter welchen Voraussetzungen leistet der Vorsorgetarif V100BL bzw. V100s?

Es erfolgt eine Leistung aus Tarif V100BL bzw. V100s für eine Vorsorgeuntersuchung nur dann, wenn bisher kein Krankheitsverdacht besteht. Sobald ein konkreter Krankheitsverdacht (Schmerzen, körperlichen Veränderungen o.ä.) besteht, leistet die GKV bzw. die PKV für alle Untersuchungen zur Abklärung des Krankheitsverdachts.

Ergibt eine Vorsorgeuntersuchung einen auffälligen Befund, so werden alle weiteren Untersuchungen und Behandlungen von der GKV bzw. von der PKV übernommen.

13 Was bedeutet „Leistung innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren“?

Die Leistung für Vorsorgeuntersuchungen ist auf 1.000 Euro „innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren“ begrenzt.

Dies bedeutet, dass in jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren in Summe maximal 1.000 Euro erstattet werden können.

Hierzu ein Beispiel zur Veranschaulichung:

- Versicherungsbeginn ist der 01. September 2009. Das 1. Kalenderjahr endet zum 31. Dezember 2009 und dauert damit nur vier Monate. Für diesen Zeitraum werden Rechnungen in Höhe von **200 Euro** erstattet.
- Das 2. Kalenderjahr dauert vom 01. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010. Für diesen Zeitraum können noch Rechnungen bis zu einem Betrag von **800 Euro** erstattet werden, da in den beiden aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 2009 und 2010 insgesamt 1.000 Euro erstattet werden können.
- Falls für das Jahr 2010 nur Rechnungen in Höhe von **600 Euro** erstattet werden, können für das darauf folgende Kalenderjahr 2011 noch Rechnungen bis zu einem Betrag von **400 Euro** erstattet werden.

14 Was sind IGeL-Leistungen und sieht der Tarif IGeL-Leistungen beim Arzt vor?

IGeL-Leistungen sind **I**ndividuelle **G**esundheits-**L**eistungen, die von einem Arzt erbracht aber nicht von der GKV übernommen werden, da sie über das vom Gesetzgeber definierte Maß einer ausreichenden und notwendigen Gesundheitsversorgung hinausgehen.

Es existiert keine abschließende Auflistung möglicher IGeL-Leistungen. Es können somit gewissermaßen alle Leistungen, die ein Arzt abrechnen darf und die von der GKV nicht übernommen werden, als IGeL-Leistungen angeboten werden.

Die nach dem Vorsorgetarif erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zählen zu den IGeL-Leistungen.

Die Meinungen über die Sinnhaftigkeit und medizinische Notwendigkeit insbesondere von Vorsorgeuntersuchungen, die als IGeL-Leistung erbracht werden können, gehen weit auseinander. So führen beispielsweise manche Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Röntgen, Computer-Tomografie), die ohne konkreten Krankheitsverdacht durchgeführt werden, zu unnötigen Strahlenbelastungen.

15 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Die bedingungsgemäßen Wartezeiten gemäß § 3 der MB/KK entfallen für diese Tarife.

16 Welche Abrechnungsmodalitäten sind zu beachten?

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen (Erstattungsvermerk der GKV). Der Vermerk der gesetzlichen Krankenkasse sollte auch Aufschluss darüber geben, welche Leistungen nicht von der GKV übernommen werden. Die Leistungen der GKV müssen dabei jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

Gleiches gilt sinngemäß für privat Krankenversicherte.

Um eine möglichst schnelle und unkomplizierte Kostenabrechnung zu gewährleisten, empfiehlt die ARAG jedoch grundsätzlich, alle Rechnungen – unabhängig davon, ob ein vermeintlicher Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht oder nicht – zuerst bei der GKV einzureichen und mit einem entsprechenden Erstattungsvermerk versehen zu lassen.

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

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