



Häufig gestellte Fragen zu Tarif 282

Stand 7.2016

1 Warum ist ein ambulanter Ergänzungstarif sinnvoll?

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde in der Vergangenheit durch den Gesetzgeber mehr und mehr eingeschränkt. Vor allem Zuzahlungen für Heilmittel stiegen in den letzten Jahren immer weiter an.

Wer auf Behandlung beim Heilpraktiker setzt, muss die Kosten komplett allein tragen.

Sehhilfen werden nur für Kinder von der GKV bezuschusst. Erwachsene müssen i. A. die gesamten Kosten für Brille oder Kontaktlinsen selbst tragen.

Außerhalb Deutschlands besitzen gesetzlich Krankenversicherte nur in den Ländern Krankenversicherungsschutz, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht. Die Kosten werden auch nur bis zu dem Betrag übernommen, der in Deutschland erstattet worden wäre. Zudem werden grundsätzlich die Kosten für einen Rücktransport aus dem Ausland nicht von der GKV übernommen. Die dadurch entstehenden teils enormen Restkosten sind vom gesetzlich Krankenversicherten selbst zu tragen.

2 Welche Leistungen sind versichert?

Behandlungen durch Heilpraktiker:

- **50 Prozent** der entstandenen Kosten für Behandlungen beim Heilpraktiker (bis zu den Höchstsätzen des GebüH) einschließlich verordneter Arznei-, Verband- und Heilmittel bis zu 260 Euro pro Versicherungsjahr

Sehhilfen:

- **80 Prozent** bis zu **155 Euro** pro Versicherungsjahr bei Vorleistung GKV;
- ohne Vorleistung der GKV entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

Gesetzliche Zuzahlungen:

- **100 Prozent** der gesetzlichen Zuzahlungen für Heilmittel.

Auslandsreisekrankenversicherung:

- **100 Prozent** für medizinisch notwendige Akutbehandlung im Ausland. Versicherungsschutz besteht während der ersten **42 Tage** jeder Auslandsreise.

3 Sieht der Tarif Leistungen für ambulante Heilbehandlung beim Arzt vor?

Nein, es sind keine Leistungen für ambulante Heilbehandlung beim Arzt vorgesehen.

4 Welche Naturheilverfahren sind erstattungsfähig?

Erstattungsfähig sind Naturheilverfahren – häufig auch als „alternative Heilmethoden“ bezeichnet –, die vom Heilpraktiker durchgeführt werden und nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden können.

Dazu gehören insbesondere die durch die Schulmedizin anerkannten alternativen Heilmethoden wie zum Beispiel Homöopathie, Pflanzenheilkunde oder Phytotherapie, Akupunktur, Neuraltherapie nach Huneke, Enzymtherapie und Osteopathie.

Nicht erstattungsfähig sind hingegen „Bioenergetische“ Verfahren – zu finden in Kapitel 16 des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker. Hierzu zählen zum Beispiel die Bioresonanztherapie, Bioelektrische Funktionsdiagnostik oder Hautwiderstandsmessungen.

Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind Psychotherapeutische Behandlungen beim Heilpraktiker, da es sich hierbei nicht um ein alternatives Heilverfahren handelt und auch kein ausreichender Sachkundenachweis gegeben ist.

5 Was ist hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit zu beachten?

Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Behandlungen bzw. einzelne Maßnahmen der Behandlung, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Das bedeutet, dass eventuell bestehende Leistungen der GKV immer zuerst in Anspruch zu nehmen sind.

6 Sieht der Tarif Leistungen für Kontaktlinsen vor?

Ja, auch Kontaktlinsen (einschließlich Tageslinsen und Monatslinsen) zählen zu Sehhilfen und werden tariflich erstattet. Kontaktlinsenpflegemittel sind hingegen nicht erstattungsfähig.

7 Sieht der Tarif auch Leistungen für Privatrezepte vor?

Ja, sofern es sich um Rezepte für Arznei-, Verband- und Heilmittel handelt, die im Rahmen einer Behandlung beim Heilpraktiker verordnet werden.

Zu beachten ist jedoch, dass die Erstattung insgesamt für alle Behandlungen beim Heilpraktiker sowie für entsprechend verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel auf 260 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt ist.

8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Heilmittel (Massen, Fango, etc.) vor?

Erstattungsfähig sind die gesetzlichen Zuzahlungen für Heilmittel, wenn diese vom Arzt auf „Kassenrezept“ verschrieben wurden.

Heilmittel, die im Rahmen einer Behandlung beim Heilpraktiker verordnet werden, sind ebenfalls erstattungsfähig.

Zu beachten ist jedoch, dass die Erstattung insgesamt für alle Behandlungen beim Heilpraktiker sowie für entsprechend verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel auf 50 Prozent bis maximal 260 Euro Erstattungsbetrag pro Versicherungsjahr begrenzt ist.

9 Enthält der Tarif einen Selbstbehalt?

Nein. Der Tarif enthält keinen Selbstbehalt.

10 Sieht der Tarif IGEL-Leistungen beim Arzt vor?

Nein, IGEL-Leistungen sind nicht erstattungsfähig.

11 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate, die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate.

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein ärztlicher Befundbericht mit entsprechendem Untersuchungsergebnis beim Versicherer eingereicht wird.

Die Wartezeiten entfallen bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

12 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.

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