



Häufig gestellte Fragen zu Tarif 482

Stand 12.2018

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 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel stiegen in den letzten Jahren immer weiter an.

Wer auf Behandlungen 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:

60 Prozent der entstandenen Kosten für Behandlungen beim Heilpraktiker (bis zu den Höchstätzen des GebüH) einschließlich verordneter Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Sehhilfen:

100 Prozent bis zu 175 Euro auch bei Vorleistung GKV; ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten.

Gesetzliche Zuzahlungen:

100 Prozent der gesetzlichen Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.

Auslandsreisekrankenversicherung:

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

Selbstbehalt:

25 Euro für Personen unter 21 Jahren, 50 Euro für Personen ab 21 Jahren pro Jahr

Option:

Es besteht die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten zu den nachfolgenden Zeitpunkten in Tarife der Vollversicherung zu wechseln:

Wegfall der Versicherungspflicht bzw. Wegfall des Anspruchs auf beitragsfreie Familienversicherung

Das Optionsrecht besteht bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und gilt maximal für 10 Jahre ab Versicherungsbeginn nach Tarif 482.

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 naturheilkundlichen Behandlung beim Heilpraktiker verordnet werden. Die Erstattung erfolgt zu 60 Prozent.

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 naturheilkundlichen Behandlung beim Heilpraktiker verordnet werden, sind ebenfalls erstattungsfähig. Die Erstattung erfolgt zu 60 Prozent.

9 Enthält der Tarif einen Selbstbehalt?

Ja. Tarif 482 enthält einen jährlichen Selbstbehalt. Für Personen, die im betreffenden Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben beträgt der Selbstbehalt 50 Euro. Für alle übrigen Personen 25 Euro pro Jahr.

Der Selbstbehalt gilt für die Erstattung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sehhilfen und die Behandlung durch Heilpraktiker. Der Selbstbehalt gilt nicht für die Leistungen der Auslandsreisekrankenversicherung.

Ein Beispiel zur Veranschaulichung:

- Im Januar bricht sich ein 30-jähriger Versicherter während eines Skiurlaubs in Österreich ein Bein. Der Bruch wird vor Ort ambulant versorgt. Es entstehen Kosten in Höhe von 740 Euro. Diese werden aus Tarif 482 in voller Höhe erstattet.
- Im April reicht der Versicherte vier Rezepte für Arzneimittel ein, die Zuzahlung betrug jeweils 5 Euro. Es erfolgt keine Erstattung aus Tarif 482. Es werden jedoch 20 Euro auf den Selbstbehalt angerechnet.
- Im August erfolgt ein Besuch beim Heilpraktiker. Die Kosten in Höhe von 90 Euro entsprechen den Sätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker. Von diesen 90 EUR leistet der Tarif nun 60%, also 54 Euro. Bisher wurden 20 Euro auf den Selbstbehalt angerechnet. Die noch offenen 30 Euro des Selbstbehaltes werden von den 54 Euro abgezogen, so dass der Versicherte eine Auszahlung über 24 Euro erhält
- Im Oktober werden wiederum 4 Rezepte á 5 Euro Zuzahlungsbetrag zur Erstattung eingereicht. Die ARAG erstattet aus Tarif 482 die 20 Euro in voller Höhe.

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