



Häufig gestellte Fragen zum Tarif KomfortKlasse

Stand 02.2022

Inhalt

1	Allgemeines zum Tarif KomfortKlasse.....	4
1.1	Welche Wartezeiten bestehen nach Abschluss eines Versicherungsschutzes?.....	4
1.2	Was versteht man unter Selbstbehalt (SB)?.....	4
1.3	Was versteht man unter Beitragsrückerstattung (BRE)?.....	4
1.4	Was versteht man unter Pauschalerstattung (PE)?.....	4
1.5	Welche Besonderheiten gelten für Kinder und Jugendliche (Altersgrenzen, Selbstbehalt, Pauschalerstattung)?.....	5
1.6	Kann die Beitragsentlastungskomponente mit abgeschlossen werden?.....	5
1.7	Was passiert, wenn die private Krankenversicherung für eine gewisse Zeit pausiert werden muss (Anwartschaft)?.....	5
1.8	Können Rechnungen über die ARAG GesundheitsApp eingereicht werden?.....	6
2	Ambulante Leistungen.....	7
2.1	Kann direkt ein Facharzt aufgesucht werden?.....	7
2.2	Welche Erstattung erfolgt bei Arzneimitteln?.....	7
2.3	Welche Heilmittel werden erstattet?.....	7
2.4	Wie ist die Erstattung von Hilfsmitteln geregelt?.....	7
2.5	Was sind die nächsten Schritte, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird?.....	8
2.6	Welche Erstattung erfolgt für Hebammenleistungen?.....	8
2.7	Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?.....	8
2.8	Welche Vorsorgeuntersuchungen haben keine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?.....	8
2.9	In welchem Rahmen werden Schutzimpfungen erstattet?.....	8
2.10	Haben Schutzimpfungen eine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?...8	8
2.11	Wie erfolgt die Erstattung bei Sehhilfen?.....	9
2.12	Muss eine ärztliche Verordnung vorgelegt werden, damit die Sehhilfe erstattet wird?.....	9
2.13	Was leistet die ARAG für die Reparatur einer Brille?.....	9
2.14	Leistet der Tarif KomfortKlasse für Behandlungen beim Heilpraktiker?.....	9
2.15	Werden vom Arzt angewendete Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis erstattet?.....	9
2.16	Unter welchen Voraussetzungen werden Transportkosten erstattet?.....	9
2.17	Gibt es Beschränkungen hinsichtlich der Erstattung von Transportkosten?.....	9
3	Stationäre Leistungen.....	10
3.1	Welche stationären Leistungen sind versichert?.....	10
3.2	Sind Behandlungen in jedem Krankenhaus versichert?.....	10
3.3	Was versteht man unter „Rooming-in“ und wann wird diese Leistung übernommen?.....	10
3.4	Unter welchen Voraussetzungen werden Leistungen für ein Hospiz erbracht?.....	10
4	Zahnärztliche Leistungen.....	11
4.1	Welche zahnärztlichen Leistungen sind versichert?.....	11
4.2	Werden Implantate erstattet?.....	11
4.3	Wie funktioniert die Zahnstaffel?.....	11
4.4	Gibt es ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen?.....	11
4.5	Muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?.....	11
4.6	Bis zu welcher Höhe werden zahnärztliche Leistungen erstattet?.....	12
4.7	Was gilt bei der Erstattung von Zahnarztrechnungen zuerst: Selbstbehalt, Zahnstaffel oder Tarifleistung?.....	12

1 Allgemeines zum Tarif KomfortKlasse

1.1 Welche Wartezeiten bestehen nach Abschluss eines Versicherungsschutzes?

Auf die Wartezeiten wird verzichtet, wenn es sich um den erstmaligen Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG handelt. Dadurch gibt es im Tarif KomfortKlasse in den meisten Fällen keine Wartezeiten für die versicherte Person.

In allen anderen Fällen gilt:

Man unterscheidet zwischen allgemeinen Wartezeiten und besonderen Wartezeiten. Die allgemeinen Wartezeiten betragen drei Monate. Das bedeutet, dass für Versicherungsfälle in den ersten drei Monaten ab Versicherungsbeginn keine Kosten erstattet werden. Die besonderen Wartezeiten betragen acht Monate und gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, für Behandlungen aufgrund einer Entbindung sowie für psychotherapeutische Behandlungen. Bei Übertritt aus einer gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Vollversicherung wird die dort ununterbrochene Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Die allgemeinen und besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

1.2 Was versteht man unter Selbstbehalt (SB)?

Die Tarife der ARAG können in unterschiedlichen Selbstbehaltsstufen gewählt werden. Ein gewählter Selbstbehalt führt dazu, dass die eingereichten Rechnungen erst dann erstattet werden, wenn die Summe der erstattungsfähigen Kosten, die in einem Kalenderjahr angefallen sind und zur Kostenerstattung eingereicht worden sind, den Betrag des vereinbarten Selbstbehalts übersteigt. Beim Tarif KomfortKlasse gibt es folgende Selbstbehaltsstufen: 0 Euro, 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro, 1.200 Euro und 1.500 Euro. Je höher der gewählte Selbstbehalt, desto günstiger ist in der Regel der Beitrag. Somit ist es meistens möglich, über den Selbstbehalt die Höhe des Beitrags zu beeinflussen.

Beispiel:

Bei einer gewählten Selbstbehaltsstufe von 600 Euro erfolgt eine Erstattung von Rechnungen erst, wenn die Summe der in einem Kalenderjahr angefallenen erstattungsfähigen Aufwendungen den Betrag von 600 Euro im Jahr übersteigt.

Für **unterjährige Beginne** gilt: Der Selbstbehalt reduziert sich für jeden nichtversicherten Monat des 1. Kalenderjahres um ein Zwölftel des Jahresselbstbehalts.

Beispiel:

Bei Beginn der Versicherung am 01.10. eines Jahres beträgt der Selbstbehalt in der Selbstbehaltsstufe 600 für Leistungen vom 01.10. bis 31.12. des 1. Versicherungsjahres 150 Euro ($3/12 \times 600 \text{ Euro} = 150 \text{ Euro}$).

Hinweis:

Einige Vorsorgeleistungen werden ab dem 1. Euro erstattet – unabhängig vom gewählten Selbstbehalt. Nähere Informationen sind unter 2.8 zu finden.

1.3 Was versteht man unter Beitragsrückerstattung (BRE)?

Eine mögliche Beitragsrückerstattung (BRE), oft auch als erfolgsabhängige BRE bezeichnet, wird vom Vorstand der ARAG Krankenversicherungs-AG jedes Jahr neu festgesetzt. Eine BRE kommt in der Regel dann in Betracht, wenn die ARAG Krankenversicherung Überschüsse erwirtschaftet hat. Die Voraussetzungen und die Höhe der BRE werden deshalb jährlich unter Berücksichtigung des Geschäftsergebnisses neu bestimmt. Eine Voraussetzung ist, dass für das gesamte Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden. Dabei ist nicht das Rechnungsdatum entscheidend, sondern das Behandlungsdatum beim Arzt, das Bezugsdatum des Medikaments oder in welchem Zeitraum die Krankengymnastik durchgeführt worden ist. Der Zeitpunkt des Einreichens der Rechnung bei der ARAG Krankenversicherung spielt dagegen keine Rolle. Bei Beitragsrückständen wird im Allgemeinen keine BRE gewährt.

Die BRE für das Jahr 2022 beträgt bis zu 2,5 Monatsbeiträge. Der gesetzliche Zuschlag in Höhe von 10 % des Beitrags wird bei Berechnung der BRE nicht berücksichtigt. Wir informieren unsere Kunden jährlich über die aktuell gültige Höhe und die Voraussetzungen für eine mögliche BRE.

Die im Jahr 2022 gültigen Regelungen besagen, dass bestimmte Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen keine negativen Auswirkungen auf die Auszahlung einer BRE haben (siehe hierzu 2.8 und 2.10).

1.4 Was versteht man unter Pauschalerstattung (PE)?

Der Tarif KomfortKlasse mit 0 Euro Selbstbehalt (SB) und 300 Euro SB sieht eine Pauschalerstattung zur selbstständigen Zahlung kleinerer Rechnungsbeträge vor. Die Pauschalerstattung wird zusätzlich zu einer möglichen Beitragsrückerstattung (BRE) geleistet.

Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene (versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) pro Kalenderjahr:

- 600 Euro in Leistungsstufe KO
- 300 Euro in Leistungsstufe K300

Für Kinder und Jugendliche verringert sich die Pauschalerstattung jeweils um die Hälfte der angegebenen Beträge.

Die Pauschalerstattung wird nur dann ausgezahlt, wenn im Vorjahr keine Rechnung eingereicht wurde. Ausnahmen zu dieser Regelung sind unter 2.8 und 2.10 aufgeführt.

1.5 Welche Besonderheiten gelten für Kinder und Jugendliche (Altersgrenzen, Selbstbehalt, Pauschalerstattung)?

Für Kinder (bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 16 Jahre alt werden) und Jugendliche (bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 21 Jahre alt werden) gelten einige Besonderheiten. So enthält der Beitrag für Kinder und Jugendliche keinen Sparanteil. Das heißt, erst ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person 21 Jahre alt wird, beginnt die Ansparung einer Alterungsrückstellung.

Im Tarif KomfortKlasse (Selbstbehaltsstufe 0 Euro und 300 Euro) erhalten Kinder und Jugendliche lediglich die Hälfte der Pauschalerstattung, die Erwachsene ab dem 21. Lebensjahr erhalten.

Gleichzeitig gilt für Kinder und Jugendliche im Tarif KomfortKlasse (Leistungsstufen K300 bis K1500) nur die Hälfte der Selbstbeteiligung.

1.6 Kann die Beitragsentlastungskomponente mit abgeschlossen werden?

Ja, die Beitragsentlastungskomponente kann im Tarif KomfortKlasse mit abgeschlossen werden.

Der Versicherungsnehmer kann zwischen zwei Entlastungszeitpunkten (63. oder 67. Lebensjahr) wählen.

1.7 Was passiert, wenn die private Krankenversicherung für eine gewisse Zeit pausiert werden muss (Anwartschaft)?

Für den Tarif KomfortKlasse kann eine sogenannte Anwartschaftsversicherung gewählt werden. Das bedeutet, dass der Tarif KomfortKlasse pausiert wird. Hierdurch besteht dann für die Dauer der Anwartschaftsversicherung kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus dem Tarif KomfortKlasse. Im Gegenzug reduziert sich der Beitrag erheblich.

Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung kann sinnvoll sein, um Zeiträume zu überbrücken, in denen der Versicherungsschutz nicht benötigt wird. Dies kann z. B. bei längeren Auslandsaufenthalten der Fall sein oder bei einer vorübergehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer Verringerung der Arbeitszeit.

Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird das Recht erworben, bei Wegfall der Anwartschaftsvoraussetzung den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten wieder zu aktivieren.

Zu unterscheiden sind die sogenannte „**kleine**“ und die „**große**“ Anwartschaft.

Während der kleinen Anwartschaftsversicherung wird der Sparprozess unterbrochen. Das bedeutet, dass bei Reaktivierung des ursprünglichen Tarifs der zu diesem Zeitpunkt gültige Neukundenbeitrag gemäß dem dann erreichten Alter fällig wird. Wurden in der Versicherungszeit vor der Anwartschaft Alterungsrückstellungen angespart, werden diese beitragsmindernd angerechnet. Der Beitrag für die kleine Anwartschaft beträgt ca. 5 % des Tarifbeitrags für den Tarif KomfortKlasse.

Während der großen Anwartschaftsversicherung wird der Sparprozess fortgesetzt. Bei Reaktivierung des Versicherungsschutzes wird der Beitrag fällig, der auch ohne Unterbrechung durch eine Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre. Daher ist der Beitrag für die große Anwartschaft in den meisten Fällen deutlich höher als der Beitrag für die kleine Anwartschaft.

Die Voraussetzungen sowie die für die Anwartschaft geltenden Regeln sind in unseren Anwartschaftsbedingungen festgelegt.

1.8 Können Rechnungen über die ARAG GesundheitsApp eingereicht werden?

Ja, Rechnungen können über die ARAG GesundheitsApp eingereicht werden.

Nähere Informationen zum Prozess sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.arag.de/service/kundenservice/gesundheitsapp/>

Jetzt herunterladen:



(Für iOS)



(Für Android)

2 Ambulante Leistungen

2.1 Kann direkt ein Facharzt aufgesucht werden?

Nein, bei Direktkonsultation eines Facharztes erfolgt nicht die volle tarifliche Leistung.

In der Komfortklasse gilt das sogenannte Primärarztprinzip, d. h., zunächst werden nur Leistungen der folgenden Ärzte zu 100 % erstattet:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt)
- Internist mit hausärztlicher Versorgung
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt (Hinweis: Bei Rechnungen von Not- oder Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte).

Um den vollen Leistungsumfang (100 %) bei der Behandlung durch einen Facharzt erstattet zu bekommen, muss vor Besuch des Facharztes ein Hausarzt, ein Internist mit hausärztlicher Versorgung bzw. ein Kinderarzt aufgesucht werden. Dieser Primärarzt stellt der versicherten Person eine Überweisung aus, die dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorgelegt werden muss.

Wird der Facharzt ohne Überweisung durch einen Primärarzt aufgesucht, wird die Leistung nur zu 80 % erstattet. Wird zu einem späteren Zeitpunkt eine Überweisung durch den Primärarzt ausgestellt, so werden die hierauf folgenden Behandlungen zu 100 % erstattet – und zwar auch dann, wenn die Behandlung wegen derselben Erkrankung erfolgt.

2.2 Welche Erstattung erfolgt bei Arzneimitteln?

In der Komfortklasse werden ausschließlich verschreibungspflichtige Medikamente erstattet, wenn diese ärztlich verordnet sind. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden nicht erstattet.

Für verschreibungspflichtige Medikamente gilt folgende Regelung: Die Ausgaben für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel in einem Kalenderjahr werden zusammengerechnet. Bis zu einer Summe von 2.500 Euro je Kalenderjahr werden diese Ausgaben zu 80 % erstattet. Soweit die Ausgaben für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel den Betrag von 2.500 Euro übersteigen, wird der darüber hinausgehende Betrag zu 100 % erstattet.

2.3 Welche Heilmittel werden erstattet?

Die erstattungsfähigen Heilmittel sowie die erstattungsfähigen Höchstbeträge sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs K (Bestandteil der Tarifbeschreibung) zu entnehmen.

Heilmittel werden in der Regel durch einen Arzt verordnet. Die Leistungen werden von entsprechenden Angehörigen staatlich anerkannter Heilberufe erbracht. Das können Physiotherapeuten, Logopäden oder Ergotherapeuten sein.

Bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro im Kalenderjahr erfolgt die Erstattung insgesamt zu 80 % für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Der darüber hinausgehende Betrag wird zu 100 % erstattet.

Werden Heilmittel durch einen Heilpraktiker verordnet, so erfolgt eine Erstattung von 80 % bis zu insgesamt maximal 500 Euro pro Kalenderjahr für sämtliche Heilpraktikerleistungen einschließlich aller von diesem verordneten Arznei-, Verband- und Hilfsmittel.

2.4 Wie ist die Erstattung von Hilfsmitteln geregelt?

Wir erstatten 80 % der Aufwendungen für Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung bis 2.500 Euro pro Jahr (einschließlich Arznei-, Verband- und Hilfsmittel), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten (z. B. Atemmonitor), den Erfolg einer Behandlung zu sichern (z. B. Kompressionsstrümpfe), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (z. B. Muskelstimulatoren) oder eine beeinträchtigte Körperregion zu ersetzen (z. B. Beinprothese) oder zu unterstützen (z. B. Hörgerät).

Übersteigt der Betrag für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel die 2.500 Euro pro Jahr, werden für den übersteigenden Teil 100 % erstattet.

Dabei gelten folgende Regelungen:

Es handelt sich um einen sogenannten „offenen Hilfsmittelkatalog“. Das bedeutet, er enthält keine abschließende Aufzählung der versicherten Hilfsmittel, sondern schließt auch spätere Neuentwicklungen mit ein.

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Wärmflasche) sind keine Hilfsmittel im Sinne der Bedingungen. Das gilt auch für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (z. B. Einbau eines Treppenlifts).

Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro können ohne unsere vorherige Genehmigung erworben werden. Für Hilfsmittel mit einem Wert ab 1.000 Euro ist eine vorherige Zusage von uns notwendig. Fehlt diese, so erstatten wir nur 80 % der Kosten, die für eine funktionale Standardausführung angefallen wären.

2.5 Was sind die nächsten Schritte, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird?

Die ARAG steht für jegliche Fragen rund um Hilfsmittel zur Verfügung. Über Kooperationspartner kann die ARAG viele Hilfsmittel preiswerter beziehen. Die Kooperationspartner liefern sie in der Regel direkt nach Hause und helfen bei Fragen zur Nutzung.

2.6 Welche Erstattung erfolgt für Hebammenleistungen?

In der KomfortKlasse werden Hebammenleistungen im folgenden Umfang erstattet:

- bis zu 100 Euro Rechnungsbetrag für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik,
- bis zu 500 Euro Rechnungsbetrag für Beratung und Unterstützung der Mutter durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld (in den ersten zehn Tagen nach der Geburt des Kindes),
- bis zu 500 Euro Rechnungsbetrag für Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers (ab dem ersten Tag bis zu acht Wochen nach der Entbindung),
- unmittelbare Geburtsbegleitung (zu 100 % erstattungsfähig).

Erstattungsfähig sind selbstverständlich auch die Betreuung durch die Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bei einer Hausentbindung sowie bei der Entbindung in einem Geburtshaus.

Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.

2.7 Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?

Wir erstatten über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus die Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten, wenn sie – auch hinsichtlich des Alters des Patienten und der Zeitintervalle – medizinisch sinnvoll und begründbar sind.

2.8 Welche Vorsorgeuntersuchungen haben keine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?

Die im Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs K (zu finden in der Tarifbeschreibung des Tarifs KomfortKlasse) aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen werden unabhängig vom vereinbarten Selbstbehalt ab dem 1. Euro erstattet. Weiterhin haben diese Leistungen keine negative Auswirkung auf die Pauschalerstattung. Diese Regelung gilt ausschließlich für die im Verzeichnis aufgeführten Untersuchungen. Darüber hinausgehende Untersuchungen (z. B. zusätzliche Laborwerte) wirken sich jedoch auf den Selbstbehalt und die Pauschalerstattung aus.

Dies gilt im Jahr 2022 auch für die Beitragsrückerstattung (BRE), Näheres hierzu unter 1.3.

2.9 In welchem Rahmen werden Schutzimpfungen erstattet?

Schutzimpfungen (ausgenommen für Auslandsreisen) werden zu 100 % erstattet.

Hinweis:

Eine Erstattung von 100 % erfolgt nur bei Berücksichtigung des Primärarztprinzips.

2.10 Haben Schutzimpfungen eine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?

Schutzimpfungen, die im „Verzeichnis für Schutzimpfungen des Tarifs K“ gelistet sind, werden unabhängig vom vereinbarten Selbstbehalt ab dem 1. Euro erstattet. Weiterhin haben diese Leistungen keine negative Auswirkung auf die Pauschalerstattung.

Dies gilt im Jahr 2022 auch für die Beitragsrückerstattung (BRE), Näheres hierzu unter 1.3.

2.11 Wie erfolgt die Erstattung bei Sehhilfen?

Unter Sehhilfen fallen: Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

Erstattet werden 100 % bis 150 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

Hinweis: Bei Erstattung einer Sonnenbrille muss die Tönung medizinisch indiziert sein, damit ein möglicher Leistungsanspruch entsteht. Die medizinische Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

2.12 Muss eine ärztliche Verordnung vorgelegt werden, damit die Sehhilfe erstattet wird?

Heutzutage ist eine Sehschärfenbestimmung durch einen Optiker üblicherweise ausreichend. Deshalb genügt uns diese.

2.13 Was leistet die ARAG für die Reparatur einer Brille?

Wir leisten für die Reparatur einer Brille. Die Erstattung für eine solche Reparatur fällt ebenfalls unter die Höchstgrenze von 150 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.

2.14 Leistet der Tarif KomfortKlasse für Behandlungen beim Heilpraktiker?

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu 80 % bis zum Mindestsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Für Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die vom Heilpraktiker verordnet werden, sowie für vom Heilpraktiker in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen wird ebenfalls geleistet.

Die Erstattungssumme für die oben genannten Leistungen ist pro Kalenderjahr auf 500 Euro begrenzt.

2.15 Werden vom Arzt angewendete Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis erstattet?

Das Hufeland-Leistungsverzeichnis enthält eine Auswahl häufig vorkommender Verfahren der Alternativmedizin und ordnet ihnen jeweils analog Ziffern aus der Gebührenordnung für Ärzte zu.

Der Tarif KomfortKlasse erkennt das Hufeland-Leistungsverzeichnis nicht ausdrücklich an. Nach den AVB leistet der Tarif aber für alternative Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben wie von der Schulmedizin anerkannte Verfahren.

2.16 Unter welchen Voraussetzungen werden Transportkosten erstattet?

Es müssen medizinische Gründe vorliegen, die eine Fahrt im eigenen PKW oder die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel unmöglich machen. Es wird sowohl der Hin- als auch der Rückweg erstattet.

Beispiel:

Die versicherte Person (VP) muss zur Dialyse. Auf dem Hinweg geht es der VP so gut, dass sie theoretisch fahrtüchtig ist. Nachdem die Dialyse durchgeführt wurde, ist die VP jedoch stark geschwächt. Dies macht die Fahrt im eigenen Auto sowie in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht möglich. In diesem Falle wird sowohl der Hinweg- als auch der Rückweg von der ARAG erstattet.

2.17 Gibt es Beschränkungen hinsichtlich der Erstattung von Transportkosten?

Wir erstatten die Transportkosten nur dann, wenn der nächstgelegene geeignete Arzt (Arzt mit geeigneter Fachrichtung: z. B. Orthopäde bei Verdacht auf akuten Hexenschuss) aufgesucht wird.

3 Stationäre Leistungen

3.1 Welche stationären Leistungen sind versichert?

Das Krankenhaus berechnet drei Arten von Kosten:

- Regelleistung: allgemeine Krankenhausleistungen (dazu zählen die Krankenpflege und die Unterbringung)
- Wahlleistung: Zuschlag für Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer zusätzlich zur Regelleistung für Drei- oder Mehrbettzimmer
- Wahlleistung: Behandlung durch den Chef- bzw. Belegarzt statt Behandlung durch den allgemeinen Stationsarzt

In der Komfortklasse wird bei Verzicht auf Wahlleistungen kein Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT) gezahlt.

3.2 Sind Behandlungen in jedem Krankenhaus versichert?

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern.

Der Tarif deckt die Kosten, sofern die Abrechnungen korrekt erstellt werden.

3.3 Was versteht man unter „Rooming-in“ und wann wird diese Leistung übernommen?

Als Rooming-in bezeichnet man die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus. In den meisten Fällen wird ein Kind von einem Elternteil begleitet. Aber auch bei Erwachsenen kann sich die Notwendigkeit ergeben, z. B. bei einer an Demenz erkrankten Person.

Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch notwendig, erstatten wir die entsprechenden Kosten unabhängig vom Alter der versicherten Person.

3.4 Unter welchen Voraussetzungen werden Leistungen für ein Hospiz erbracht?

Wir tragen die Aufwendungen für einen Hospizaufenthalt, wenn

- dieser ärztlich verordnet ist,
- bei der versicherten Person eine unheilbare Krankheit (z. B. eine Krebserkrankung) vorliegt, die in absehbarer Zeit (d. h. innerhalb von Wochen oder wenigen Monaten) zum Tode führen wird, und eine besonders aufwendige Versorgung (z. B. künstliche Ernährung oder Schmerztherapie) notwendig ist.

Die Leistung ist beschränkt auf die Höhe, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden würde. Leistungen anderer Kostenträger, z. B. der Pflegeversicherung, werden angerechnet.

4 Zahnärztliche Leistungen

4.1 Welche zahnärztlichen Leistungen sind versichert?

Im Allgemeinen können vier verschiedene Bereiche von zahnärztlichen Behandlungen unterschieden werden:

- Prophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung) wird zu 100 % erstattet
- Zahnbehandlung (z. B. Füllungen und Inlays) wird zu 100 % erstattet
- Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Onlays, Implantate, Prothesen) wird zu 80 % erstattet
- Kieferorthopädie (z. B. Zahnspange) wird zu 80 % erstattet

4.2 Werden Implantate erstattet?

Implantate zählen zur Zahnersatzversorgung und werden zu 80 % erstattet, wenn keine andere ausreichende zweckmäßige Behandlungsform besteht. Es werden maximal vier Implantate je Kiefer erstattet.

4.3 Wie funktioniert die Zahnstaffel?

Die Erstattung von Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung ist in den ersten Jahren des Versicherungsschutzes auf einen maximalen Erstattungsbetrag begrenzt. Die Zahnstaffel stellt dar, welcher Erstattungsbetrag in den ersten Jahren abgerufen werden kann:

1. Versicherungsjahr:	1.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
2. Versicherungsjahr:	2.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
3. Versicherungsjahr:	3.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
4. Versicherungsjahr:	4.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
5. Versicherungsjahr:	5.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
Ab dem 6. Versicherungsjahr:	unbegrenzt

Das Versicherungsjahr rechnet sich jeweils in Zeiträumen von zwölf Monaten ab dem tatsächlichen Versicherungsbeginn.

Beispiel:

Max Mustermann ist ab dem 01.12.2020 in der KomfortKlasse versichert. Das heißt, die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlung, die vom 01.12.2020 bis zum 30.11.2021 erbracht wird, ist auf 1.000 Euro begrenzt. Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlung, die vom 01.12.2021 bis zum 30.11.2022 erbracht wird, ist auf 2.000 Euro begrenzt – unabhängig davon, ob zuvor Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlungen erstattet wurden oder nicht.

Hinweis:

Unabhängig von den Regelungen der Zahnstaffel können sich aus anderen Gründen Erstattungsbeschränkungen ergeben.

4.4 Gibt es ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen?

Ja, es gibt ein Verzeichnis für Material- und Laborkosten. Dieses ist in der Tarifbeschreibung des Tarifs KomfortKlasse unter dem Kapitel „Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs K für zahntechnische Leistungen“ aufgeführt.

Hinweis:

Bei einem Verzeichnis für Material- und Laborkosten handelt es sich um eine Auflistung von zahntechnischen Leistungen, in der für bestimmte (Teil-)Arbeitsschritte oder Materialien erstattungsfähige Höchstbeträge vorgeschrieben werden.

4.5 Muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?

Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn ist bei folgenden zahnärztlichen Maßnahmen notwendig:

- generell bei kieferorthopädischen Maßnahmen,
- generell bei implantologischen Maßnahmen und Teleskopkronen sowie
- bei sonstigen Zahnersatzmaßnahmen und bei einer Versorgung mit Inlays, sofern die voraussichtlichen Gesamtkosten über 2.000 Euro liegen.

Wird in diesen Fällen kein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn eingereicht, so wird für kieferorthopädische Maßnahmen, implantologische Maßnahmen und Teleskopkronen nur die Hälfte des tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet. Bei sonstigen Zahnersatzmaßnahmen und Inlays wird der 2.000 Euro übersteigende Teil zur Hälfte des tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet.

4.6 Bis zu welcher Höhe werden zahnärztliche Leistungen erstattet?

Generell gibt es ab dem 6. Versicherungsjahr keine Höchstgrenzen für die zahnärztlichen Leistungen. Im Tarif KomfortKlasse wird bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz) der GOZ geleistet.

Hinweis:

Das Honorar des Zahnarztes ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geregelt. Den einzelnen Leistungen ist jeweils ein bestimmter Euro-Betrag zugeordnet.

Man unterscheidet verschiedene Steigerungsfaktoren, die je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand der Behandlung variieren.

- **Regelsatz (1-fach bis 2,3-fach):** durchschnittlicher Schwierigkeitsgrad
- **Regelsatz bis Höchstsatz (2,3-fach bis 3,5-fach):** erhöhte Schwierigkeit oder erhöhter Zeitaufwand. Der Zahnarzt hat in diesem Fall eine individuelle, patientenbezogene Begründung bei der Rechnungsstellung anzugeben.
- **Überschreitung des Höchstsatzes (über 3,5-fach):** erhebliche Schwere. Eine rechtsgültige Honorarvereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Zahnarzt muss vorgelegt werden.

4.7 Was gilt bei der Erstattung von Zahnarztrechnungen zuerst: Selbstbehalt, Zahnstaffel oder Tarifleistung?

Bei Zahnarztrechnungen, vor allem für Zahnersatzbehandlungen, können bis zu drei unterschiedliche Selbstbehalte greifen: der allgemeine tarifliche Selbstbehalt, die Zahnstaffel in den ersten fünf Versicherungsjahren und der prozentuale Selbstbehalt in Höhe von 20 % (da nur 80 % erstattet werden).

Beispiel:

Unser Kunde, Herr Max Mustermann, hat zum 01.01.2020 den Tarif KomfortKlasse mit einer Selbstbeteiligung von 600 Euro abgeschlossen. Der Tarif sieht eine Erstattung von 80 % für Zahnersatz vor, weiter eine summenmäßige Begrenzung der Erstattung für zahnärztliche Leistungen auf 1.000 Euro im 1. Jahr ab Versicherungsbeginn, die sogenannte Zahnstaffel. Herr Mustermann reicht eine Rechnung für eine Behandlung vom 01.06.2020 über 2.000 Euro für Zahnersatz ein. Andere Leistungen sind seit Vertragschluss nicht zur Erstattung eingereicht worden. In diesem Fall errechnet sich die Erstattung wie folgt:

- 1. Schritt:** Berücksichtigung des Erstattungsprozentsatzes von 80 %
80 % von 2.000 Euro = 1.600 Euro
- 2. Schritt:** Berücksichtigung der Zahnstaffel
Von den nach Berücksichtigung des Erstattungsprozentsatzes von 80 % verbleibenden 1.600 Euro sind aufgrund der Zahnstaffel 1.000 Euro im 1. Vertragsjahr erstattungsfähig.
- 3. Schritt:** Berücksichtigung des Selbstbehalts
Auf den Betrag von 1.000 Euro, der nach Berücksichtigung der Zahnstaffel verbleibt, wird der Selbstbehalt in Höhe von 600 Euro angerechnet. Zur Erstattung verbleibt damit ein Betrag von 400 Euro.

Maßgeblich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), bestehend aus Teil I (MB/KK 2009 – Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung), Teil II (TB/KK 2013 – Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung Tarif KomfortKlasse) in der jeweils geltenden Fassung.