



Häufig gestellte Fragen zu Tarif 483

Stand 7.2016

1 Warum ist ein ambulanter Ergänzungstarif sinnvoll?

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat in der Vergangenheit kontinuierlich ihre Leistungen gekürzt. Vor allem Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel stiegen in den letzten Jahren immer weiter an.

Wer auf alternative Heilverfahren setzt, muss die Kosten häufig 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. Brechkraftverändernde Augenoperationen (z.B. Lasik-OP) werden nicht von den gesetzlichen Kassen bezuschusst.

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?

Naturheilverfahren beim Heilpraktiker und beim Arzt:

90 % der entstandenen Kosten für Behandlungen beim Heilpraktiker (bis zu den Höchstsätzen des GebüH) sowie für Naturheilverfahren beim Arzt (Abrechnung gemäß Hufeland-Verzeichnis nach GOÄ bis zu den Höchstsätzen) einschließlich verordneter Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie in Auftrag gegebener Laboruntersuchungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.

Sehhilfen:

100 % bis zu 330 Euro für Personen ab Alter 21 (auch ohne Vorleistung GKV); ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

100 % bis zu 165 Euro pro Kalenderjahr bei Kindern und Jugendlichen bis Alter 20 nach Vorleistung der GKV. Ohne Vorleistung der GKV ebenfalls 100 % bis zu 165 Euro; ein erneuter Anspruch entsteht dann frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

Brechkraftverändernde Augenoperation (z.B. mittels Laser-OP):

Erstattet werden einmalig pro Vertragslaufzeit insgesamt 1.000 Euro nach frühestens 36 Monaten Versicherungsdauer.

Gesetzliche Zuzahlungen:

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

Auslandsreisekrankenversicherung:

100 % für medizinisch notwendige Akutbehandlung im Ausland. Versicherungsschutz besteht während der ersten 56 Tage jeder Auslandsreise.

Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen:

100 % Erstattung der Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus innerhalb von Deutschland aufgesucht wird.

Pauschalerstattung:

50 Euro pro Kalenderjahr für Personen ab Alter 21 und 25 Euro für Personen bis Alter 20, wenn für das abgelaufene Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden. Weitere Details in der Antwort zu Frage 13.

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.

Sollte zu diesem Zeitpunkt die Mindestbindungsfrist an die GKV wegen eines versicherten Wahltarifes noch nicht abgelaufen sein, so verschiebt sich der Umstellungszeitpunkt auf den Zeitpunkt des Ablaufs der Mindestbindungsfrist.

Bei freiwillig in der GKV-Versicherten Personen nach Ablauf von 3 Jahren und nach Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn nach Tarif 483.

Das Optionsrecht besteht bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres und gilt maximal für 10 Jahre ab Versicherungsbeginn nach Tarif 483.

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

Ja, es sind Leistungen für Naturheilverfahren beim Arzt mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung vorgesehen (weitere Details in der Antwort zur nächsten Frage).

Ambulante „schulmedizinische“ Behandlungen sind im Leistungsumfang der GKV enthalten und daher nicht Gegenstand des Leistungsumfangs von Tarif 483.

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.

Weiterhin sind Naturheilverfahren erstattungsfähig, die von einem Arzt mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung (z.B. Naturheilverfahren, Akupunktur oder Homöopathie) durchgeführt werden sowie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (kurz Hufelandverzeichnis) aufgeführt sind. Die Abrechnung muss dabei im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgen. Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.

Das Hufelandverzeichnis ist eine Abrechnungshilfe für naturheilkundlich tätige Ärzte. Es enthält alle naturheilkundlichen Diagnostik- und Therapieverfahren, die theoretisch erklärbar sind und sich in der Praxis bewährt haben. Zu den jeweiligen Behandlungsmethoden werden dabei entsprechende Abrechnungsempfehlungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte gegeben.

In der Praxis besonders bewährt haben sich u.a. Homöopathie, Pflanzenheilkunde, Akupunktur, Neuraltherapie nach Huneke, Enzymtherapie sowie Osteopathie. Hierbei handelt es sich **nicht um eine abschließende Aufzählung** der nach Tarif 483 erstattungsfähigen Verfahren.

5 Was bedeutet „Arzt mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung“?

Alle Ärzte besitzen eine umfassende schulmedizinische Ausbildung. Darüber hinaus bilden sich viele Ärzte im Bereich der alternativen Medizin weiter. Für die Ausbildungsinhalte sind die jeweils zuständigen Landesärztekammern verantwortlich. Dadurch können sich je nach Bundesland unterschiedliche Regelungen ergeben.

Für die steigende Zahl von Ärzten mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung (z.B. Naturheilverfahren, Akupunktur oder Homöopathie) ist vor allem die wachsende Zahl von Patienten verantwortlich, die nicht auf eine schulmedizinische Ausbildung ihres Arztes verzichten und dennoch dort – neben schulmedizinischen Methoden – auch alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen möchten.

6 Sieht der Tarif Leistungen für Kontaktlinsen vor?

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.

Ein Beispiel zur Veranschaulichung:

Manche gesetzlichen Kassen erstatten die Kosten für homöopathische Verfahren (beispielsweise im Rahmen bestimmter Programme oder eines Wahltarifes). Diese Leistung der gesetzlichen Kasse ist zuerst in Anspruch zu nehmen, d.h. es würde keine Erstattung aus Tarif 483 erfolgen. Bietet die gesetzliche Kasse hingegen keine Leistungen für Homöopathie an, so erfolgt eine entsprechende Erstattung aus Tarif 483.

7 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 Kassen-zulassung 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.

8 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.

9 Was ist eine brechkraftverändernde Augenoperation und welche Leistung sieht der Tarif hierfür vor?

Eine brechkraftverändernde Augenoperation ist eine Operation an einem oder beiden Augen, deren Ziel es ist, die Sehfähigkeit zu verbessern und im Idealfall die vollständige Sehfähigkeit wiederherzustellen, so dass künftig auf eine Sehhilfe verzichtet werden kann. Sie wird meist (aber nicht ausschließlich) mit einem Laser durchgeführt.

Zu den brechkraftverändernden Augenoperationen zählen u.a. die Methoden Lasik-OP, Lasek-OP, die Einpflanzung einer „Kontaktlinse“ in die vordere Augenkammer oder auch das Einschleiben von Ringen in die Hornhaut zur Brechkraftveränderung des Auges.

Der Tarif sieht für brechkraftverändernden Augenoperationen eine Leistung von maximal 1.000 Euro vor. Die Leistung kann einmalig während der Vertragslaufzeit und frühestens nach 36 Monaten Versicherungslaufzeit in Tarif 483 in Anspruch genommen werden.

10 Sieht der Tarif Leistungen für Privatrezepte vor?

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

Zu beachten ist jedoch, dass die Erstattung insgesamt für alle Naturheilverfahren beim Arzt und Heilpraktiker sowie für entsprechend verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen auf 90 % bis zu 2.500 Euro Rechnungsbetrag in 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren begrenzt ist.

11 Welche Leistungen sieht der Tarif für Heilmittel (Massagen, 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 Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden, sind ebenfalls erstattungsfähig.

Zu beachten ist jedoch, dass die Erstattung insgesamt für alle Naturheilverfahren beim Arzt und Heilpraktiker sowie für entsprechend verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen auf 90 % bis zu 2.500 Euro Rechnungsbetrag in 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren begrenzt ist.

12 Was ist unter Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen zu verstehen?

Wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung vorgesehenes Krankenhaus aufgesucht wird, so können die Kosten für die Allgemeine Krankenhausleistungen höher sein als die, die angefallen wären, wenn das in der Einweisung vorgesehene Krankenhaus aufgesucht worden wäre. Diese Differenzkosten werden nicht von der GKV übernommen, jedoch aus Tarif 483 erstattet.

13 Was ist unter Pauschalerstattung zu verstehen?

Der Tarif sieht eine Beitragsrückerstattung in Form einer Pauschalerstattung vor, wenn für das abgelaufene Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden. Kinder und Jugendliche bis Alter 20 erhalten 25 Euro, Personen ab Alter 21 erhalten 50 Euro.

Die Pauschalerstattung wird in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres (bezogen auf das Jahr, in welchem keine Rechnungen eingereicht wurden) ausgezahlt. Sie dient dem Versicherten zur selbstständigen Begleichung kleinerer Rechnungsbeträge.

Bei einem unterjährigem Versicherungsbeginn wird die Pauschalerstattung im ersten Versicherungsjahr anteilig ausbezahlt: Für jeden nicht versicherten Monat verringert sich die Pauschalerstattung um 1/12.

14 Was bedeutet „Leistung innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren“?

Die Leistung des Tarifes 483 für naturheilkundliche Behandlung ist auf 2.500 Euro Rechnungsbetrag (RB) „innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren“ begrenzt.

Dies bedeutet, dass in jeweils 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren in Summe maximal 2.500 Euro RB anerkannt und dann entsprechend zu 90 % erstattet werden können.

Hierzu zwei Beispiele zur Veranschaulichung:

1. Beispiel:

- Versicherungsbeginn ist der 01.01.2016. Das 1. Kalenderjahr dauert vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2016.
- Für das 1. Kalenderjahr werden Rechnungen in Höhe von insgesamt **2.000 Euro** anerkannt.
- Das 2. Kalenderjahr dauert vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2017. Für diesen Zeitraum können noch Rechnungen bis zu einer Höhe von **500 Euro** anerkannt werden, da in den beiden aufeinander folgenden Kalenderjahren 2016 und 2017 insgesamt 2.500 Euro RB anerkannt werden können.
- Für das darauf folgenden Kalenderjahr 2018 können dann wiederum Rechnungen in Höhe von **2.000 Euro** anerkannt werden.

2. Beispiel:

- Versicherungsbeginn ist der 01.09.2015. Das 1. Kalenderjahr endet zum 31.12.2015 und dauert damit nur 4 Monate. Für diesen Zeitraum werden Rechnungen in Höhe von **1.000 Euro** anerkannt.
- Das 2. Kalenderjahr dauert vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2016. Für diesen Zeitraum können noch Rechnungen bis zu einem Betrag von **1.500 Euro** anerkannt werden, da in den beiden aufeinander folgenden Kalenderjahren 2015 und 2016 insgesamt 2.500 Euro RB anerkannt werden können.
- Falls für das Jahr 2016 nur Rechnungen in Höhe von **500 Euro** anerkannt werden, können im Kalenderjahr 2017 noch Rechnungen bis zu einem Betrag von **2.000 Euro** anerkannt werden.

15 Sieht der Tarif IGEL-Leistungen beim Arzt vor?

IGEL-Leistungen sind Individuelle Gesundheits-Leistungen, 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 bezeichnet werden.

Tarif 483 leistet unter anderem für ärztliche Behandlungen, die nach dem Hufelandverzeichnis abgerechnet werden können. Diese Leistungen können als IGEL-Leistungen bezeichnet werden.

16 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.

17 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