

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.01.2022

Teil IIa: Tarife AM30, AM31, AM32, AM33 für die ambulante Heilbehandlung

Die Tarife (Teil IIa der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gelten nur zusammen mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
Selbstbeteiligung	2
Versicherungsleistungen	2
A. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in Deutschland	3
1. Ärztliche Behandlung	3
2. Arznei- und Verbandmittel	3
3. Heilmittel	3
4. Hilfsmittel (außer Hör- und Sehhilfen)	4
5. Hörhilfen und Sehhilfen	5
6. Refraktive Chirurgie (beispielsweise Lasik)	5
7. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	5
8. Prävention und Kuren	5
9. Frühförderung, Soziotherapie und Sozialpädiatrische Zentren	6
10. Psychotherapie	6
11. Maßnahmen zur Entwöhnung	7
12. Ambulante Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation	7
13. Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege und ambulante Palliativ-Medizin	7
14. Fahrt- und Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen	8
15. Kinderwunschbehandlung	8
16. Pränatal-Diagnostik	8
17. Hebammen und Entbindungspfleger	9
18. Haushaltshilfen	9
19. Pauschale zur Kinderbetreuung	9
20. Medizinische Schulungen für chronisch Kranke	9
21. Kommunikationshilfen	9
B. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung im Ausland	10
C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)	10
1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen	10
2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen	11
3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis	11
4. Wechsel der tariflichen Selbstbeteiligung	11
D. Anpassung der Erstattungsgrenzen	12
E. Zuordnung der Kosten	12
F. Kombination mit anderen Tarifen	12
Glossar	13

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten unter Berücksichtigung der mit uns vereinbarten tariflichen Selbstbeteiligung 100 % für:

- ambulante ärztliche Behandlung
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Sehhilfen max. 250 EUR (alle 3 Jahre)
- Vorsorgeuntersuchungen
- Psychotherapie

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten A. und B.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die ambulante Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 13.

Selbstbeteiligung

Von unseren tariflichen Leistungen ziehen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung ab. Diese beträgt pro versicherter Person und Kalenderjahr:

Im Tarif AM30	30 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge , maximal 480 EUR
Im Tarif AM31	30 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge , maximal 960 EUR
Im Tarif AM32	1.440 EUR.
Im Tarif AM33	2.400 EUR.

Bei Kindern verringert sich die maximale Selbstbeteiligung um die Hälfte. Diese reduzierte Selbstbeteiligung gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das Kind das 15. Lebensjahr vollendet.

Ein Beispiel: Das Kind hat seinen 15. Geburtstag am 12. August 2032. Dann gilt die reduzierte Selbstbeteiligung noch bis zum 31. Dezember 2032.

Ausnahme:

Keine Selbstbeteiligung besteht für lebenserhaltende Hilfsmittel (siehe Abschnitt A.4. Absatz 6).

Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung beginnt, reduziert sich die vereinbarte Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach den Tarifen AM30, AM31, AM32 oder AM33 im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn Sie eine höhere oder niedrigere Selbstbeteiligung wählen.

Sie können Ihre Selbstbeteiligung immer zum 1. des nächsten Monats ändern. Die Änderung müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihren Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Versicherungsleistungen

Die Leistungen unter den Abschnitten A. und B. erstatten wir zu 100 %.

Voraussetzung:

Die jeweils festgelegten tariflichen Erstattungsgrenzen werden nicht überschritten.

Eine tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ziehen wir von unserer Erstattung ab. Beträge, welche die jeweils vereinbarten tariflichen Erstattungsgrenzen übersteigen, werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

A. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in Deutschland

1. Ärztliche Behandlung

(1) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen zugelassenen (**approbierten**) Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch **approbierte** Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz).

(2) Versichert sind auch die Leistungen einer Laborgemeinschaft oder eines Zentrums für Radiologie.

(3) Versichert sind die Kosten für ärztliche Leistungen. Dazu gehört auch die **naturheilkundliche Behandlung** durch Ärzte.

Ärztliche Leistungen sind zum Beispiel:

- Beratungen,
- Besuche,
- Untersuchungen,
- Behandlungen,
- Operationen sowie
- Wegegebühren (beispielsweise Hausbesuche).

(4) Wir erstatten ärztliche Abrechnungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ).

(5) Folgende Kosten erstatten wir nicht:

- Ärztliche Abrechnungen, die über den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ) liegen. Das gilt auch, wenn eine Honorarvereinbarung vorliegt. Dies ist eine rechtswirksame Vereinbarung, bei der die Höhe der Gebühren von der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ) abweicht sowie
- Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.

2. Arznei- und Verbandmittel

(1) Versichert sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

(2) Wir erstatten zum Beispiel auch:

- Nährstofflösungen,
- Zubehör und Applikationshilfen zur künstlichen Ernährung,
- Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie
- Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel.

Bei medizinischer Notwendigkeit erstatten wir auch:

- Nahrungsergänzungsmittel,
- Stärkungsmittel (auch sexuelle) sowie
- Desinfektionsmittel.

(3) Arznei- und Verbandmittel müssen von den unter Abschnitt A.1., A.10. oder A.17. genannten Behandelnden oder von Zahnärzten verordnet werden. Sie müssen die Arznei- und Verbandmittel darüber hinaus aus einer Apotheke beziehen. Dazu gehören auch Versand- und Internet-Apotheken.

(4) Für Mittel, die auch der individuellen Lebensführung dienen, erstatten wir keine Kosten. Dies gilt auch dann, wenn sie verordnet wurden. Solche Mittel sind zum Beispiel:

- Badezusätze,
- Mineralwässer,
- Fruchtsäfte,
- Tees,
- Weine oder
- Kosmetika.

3. Heilmittel

(1) Heilmittel sind versichert. Heilmittel sind zum Beispiel:

- Hydrotherapie (beispielsweise medizinische Bäder),
- Massagen,
- Kälte- und Wärmetherapie (beispielsweise Packungen),

- Inhalationen,
- mechanische Behandlung (beispielsweise Behandlung mit einem Schlingentisch),
- Lichttherapie (beispielsweise Behandlung mit Ultraviolett-Licht),
- Bestrahlungen (beispielsweise Behandlung mit Heißluft)
- Behandlung mit elektrischem Strom (beispielsweise Behandlung mit Reizstrom),
- Atmungsbehandlung,
- logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen,
- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (beispielsweise manuelle Therapie, Chirogymnastik),
- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie),
- osteopathische Behandlung,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- therapeutisches Reiten (Hippotherapie) sowie
- Bewegungstherapie (Heileurythmie).

(2) Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind. Wir übernehmen auch die Kosten für Hausbesuche, wenn diese medizinisch notwendig sind.

(3) Folgende Fachkräfte dürfen Heilmittel erbringen:

- Ärzte sowie
- nach Verordnung durch Ärzte: andere staatlich geprüfte oder staatlich anerkannte Angehörige von Gesundheitsberufen oder medizinischen Assistenzberufen. Das sind zum Beispiel:
 - Osteopathen, Physiotherapeuten, Logopäden,
 - Sonderschullehrer oder Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik,
 - Ergotherapeuten, Podologen, Masseur sowie Hebammen und Entbindungspfleger.

4. Hilfsmittel (außer Hör- und Sehhilfen)

(1) Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die

- Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und
- den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder
- das Leben erhalten.

Hilfsmittel sind auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke (beispielsweise ein Blutzuckermessgerät oder eine Bewegungsschiene). Wir erstatten außerdem die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführtieres einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität.

(2) Wir erstatten auch die Kosten für:

- Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 1 und 2 sowie
- Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln.

(3) Wir erstatten keine Kosten für den Unterhalt, den Betrieb, die Pflege und die Reinigung von Hilfsmitteln. Das sind zum Beispiel Kosten für Strom, den Ersatz von Batterien, Akkus oder Ladegeräten.

(4) Wir erstatten keine Kosten für folgende Geräte – auch wenn diese ärztlich verordnet sind:

- Geräte, die überwiegend zum Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich gehören (beispielsweise Ergometer und Heimtrainer) sowie
- Geräte zur allgemeinen Lebensführung. Das sind zum Beispiel:
 - Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen,
 - Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen sowie
 - Mund- und Nasenduschen sowie Zahnbürsten.

(5) Kosten, für die die Pflegepflichtversicherung leisten muss, erstatten wir nicht.

(6) Auf lebenserhaltende Hilfsmittel rechnen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung nicht an. Lebenserhaltend sind Hilfsmittel, ohne deren Einsatz direkt eine lebensbedrohliche Situation entsteht.

Das sind zum Beispiel:

- Beatmungsgeräte,
- Atem-/Herzfrequenzmonitore,

- Heimdialysegeräte,
- Life Vest sowie
- Sauerstoffkonzentratoren.

(7) Wir unterstützen Sie bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über unseren Hilfsmittelservice. Gerne prüfen wir auch für Sie, ob Sie ein gleichwertiges Hilfsmittel zu einem günstigeren Preis erhalten können. Informationen zum Hilfsmittelservice der SDK finden Sie auf www.sdk.de/hilfsmittelservice.

5. Hörhilfen und Sehhilfen

(1) Für Hörgeräte und Tinnitus-Masker/Noiser beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** pro Ohr insgesamt 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.

(2) Wir erstatten Kosten für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen. Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt insgesamt 250 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn. Dieser Betrag ist unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen und Reparaturen.

(3) Wir erstatten keine Kosten für den Unterhalt, den Betrieb, die Pflege und die Reinigung. Vor allem erstatten wir keine Batterien.

6. Refraktive Chirurgie (beispielsweise Lasik)

Versichert sind Operationen der refraktiven Chirurgie (beispielsweise Lasik, also Augenlasern).

Voraussetzung:

Die versicherte Person ist ununterbrochen 36 Monate in unserer Krankheitskosten-Vollversicherung versichert.

Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt insgesamt 1.500 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation erneut Sehhilfen nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.

7. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

(1) Versichert sind die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Versichert sind auch die Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft.

Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (beispielsweise eine Untersuchung zur Flugtauglichkeit).

(2) Wir erstatten Kosten für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt. Darüber hinaus erstatten wir:

- die Gripeschutzimpfung,
- die Zeckenschutzimpfung (FSME),
- die Malaria-Prophylaxe,
- Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie
- Reiseimpfungen.

8. Prävention und Kuren

(1) Für Maßnahmen zur Prävention beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** insgesamt 250 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

Wir erstatten die Kosten für:

- präventives Rückentraining,
- Herz-Kreislauf-Training (auch Koronar-, Herz- und Rehasport),
- Rheumaliga/-sport,
- autogenes Training, progressive Muskelentspannung,
- Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung sowie
- Nichtraucherseminare.

Voraussetzungen für die Erstattung der letzten beiden Punkte sind:

- Der Kurs oder das Seminar stärken die eigenen Fähigkeiten zur gesunden Lebensführung. Zudem soll ein selbstständiges und aktives Gesundheitsverhalten gefördert werden (§ 20 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V)). Von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Kurse erfüllen diese Voraussetzung. Der Anbieter muss dies auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigen und
- Sie haben mindestens 80 % der Kurseinheiten besucht und schicken uns darüber eine vom Anbieter ausgestellte Teilnahmebescheinigung und

- Sie bescheinigen uns die Zahlung der angefallenen Kosten durch eine Quittung. Die Kosten dürfen nicht mit Mitgliedsbeiträgen verrechnet werden.

(2) Wir erstatten keine Mitgliedsbeiträge (beispielsweise in Sportvereinen oder Fitnesszentren).

(3) Für ambulante und stationäre Kuren beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** insgesamt 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn. Dies gilt zum Beispiel auch für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren.

Wir erstatten die Kosten für:

- Unterbringung,
- Verpflegung,
- ärztliche Behandlung sowie
- Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln.

9. Frühförderung, Soziotherapie und Sozialpädiatrische Zentren

(1) Versichert sind Leistungen der Frühförderung nach der Frühförderungsverordnung (FrühV).

Voraussetzungen:

- Es handelt sich um Maßnahmen, die als Heilbehandlung gelten und
- die Maßnahmen werden wegen einer Krankheit angewendet.

Wir erstatten die Kosten, wenn kein Sozialhilfeträger diese übernimmt.

(2) Wir erstatten Kosten für die Soziotherapie.

Voraussetzungen:

- Die versicherte Person kann wegen schwerer psychischer Erkrankung ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen nicht selbstständig in Anspruch nehmen und
- durch die Soziotherapie wird eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt oder eine Krankenhausbehandlung ist notwendig, aber nicht ausführbar und
- ein Facharzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnet die Soziotherapie.

Nach Verordnung kann die Soziotherapie bei einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt werden.

Wir erstatten maximal 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

(3) Bei Kindern ist die Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren versichert, die für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern zugelassen sind.

Voraussetzung:

Das versicherte Kind kann aus folgenden Gründen nicht von geeigneten Ärzten oder Frühförderstellen behandelt werden:

- wegen der Art, Schwere oder Dauer seiner Krankheit oder
- wegen einer drohenden Krankheit.

(4) Bei einer Behandlung nach den Absätzen 1 bis 3 erstatten wir die Kosten, die gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar wären.

10. Psychotherapie

(1) Versichert ist die ambulante Psychotherapie durch niedergelassene:

- Ärzte,
- nicht-ärztliche, zugelassene (**approbierte**) psychologische Psychotherapeuten sowie
- nicht-ärztliche, zugelassene (**approbierte**) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

(2) Wir erstatten Abrechnungen, die der jeweils gültigen **Gebührenordnung** entsprechen.

(3) Folgende Kosten erstatten wir nicht:

- Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (beispielsweise Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

11. Maßnahmen zur Entwöhnung

Versichert sind ambulante Maßnahmen zur Entwöhnung. Das sind alle Behandlungen, die den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel (beispielsweise auch Spielsucht) lösen sollen.

Wir erstatten maximal 3 Maßnahmen pro Diagnose, unabhängig davon ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Ausnahme:

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin erstatten wir nicht. Wir erstatten auch keine Maßnahmen zur Entwöhnung, für die andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

12. Ambulante Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante **Anschlussheilbehandlung**.

Voraussetzung:

Diese beginnt innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus.

Ist ein Beginn innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüfen wir die Gründe. Wenn eine **Anschlussheilbehandlung** medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung auch für einen späteren Beginn zu.

Dauert die **Anschlussheilbehandlung** voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt:

Sie müssen von uns eine schriftliche Zusage für die Leistung ab der 5. Woche einholen.

Wir empfehlen Ihnen, dass Sie diese Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung zu.

(2) Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation.

(3) Wir erstatten die Kosten nicht, wenn andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

13. Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege und ambulante Palliativ-Medizin

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche **Behandlungspflege** durch Pflegefachkräfte (medizinische **Behandlungspflege**). Die Kosten einer **Intensiv-Behandlungspflege** erstatten wir auch in stationären Einrichtungen (beispielsweise in einem Pflegeheim).

Ein wichtiger Hinweis für Sie:

Wir empfehlen Ihnen, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag, Art und Dauer der **Behandlungspflege** mit uns abzustimmen. Wir können Sie dann mit Rat und Tat unterstützen. Zum Beispiel können Sie von einer sehr gut ausgebildeten Reha- und Pflegeberaterin besucht werden. Diese kann Sie individuell beraten und sämtliche Fragen zur weiteren Versorgung beantworten. Gerne prüfen wir auch, ob eine gleichwertige Versorgung zu günstigeren Preisen möglich ist. Wir senden Ihnen dafür gerne ein unverbindliches Angebot.

(2) In folgenden Fällen erstatten wir die Kosten für die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege als Krankenhausersatzpflege:

- Eine Behandlung im Krankenhaus ist nötig, aber nicht durchführbar oder
- durch die häusliche Krankenpflege wird eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt.

Pro Versicherungsfall erstatten wir für bis zu 28 Tage Kosten für:

- die Grundpflege (beispielsweise Essen zubereiten, Waschen, Zahnpflege),
- die hauswirtschaftliche Versorgung sowie
- die medizinische **Behandlungspflege** nach Absatz 1 Satz 1.

(3) Versichert ist die ärztlich verordnete **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

Voraussetzungen:

- Es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und
- die **Palliativ-Versorgung** ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person.

Als häusliche Umgebung gelten zum Beispiel auch

- Altersheime,
- stationäre Pflegeeinrichtungen sowie
- Hospize.

Wir erstatten die Kosten für ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation in der Höhe, wie sie auch für einen gesetzlich Versicherten abgerechnet werden dürfen.

(4) Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, erstatten wir nicht.

14. Fahrt- und Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen

(1) Wir erstatten die Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus

- bei medizinischen Notfällen oder Unfällen,
- bei ambulanten Operationen,
- bei nachoperativen Behandlungen,
- bei einer Dialyse,
- bei einer Chemotherapie,
- bei einer Strahlentherapie
- bei einer ambulanten **Anschlussheilbehandlung** sowie
- bei einer Rehabilitation.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt zusammen mit entsprechenden Leistungen aus anderen Tarifen insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

(3) Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für eine Fahrt nach den Absätzen 1 oder 2 erstatten wir 0,30 EUR pro Kilometer.

15. Kinderwunschbehandlung

(1) Versichert sind die Kosten für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung).

Voraussetzungen:

- Bei Beginn der Behandlung haben die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und
- die Behandlung erfolgt bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren und
- es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode und
- es werden nur Ei- und Spermien der jeweiligen Paare verwendet.

(2) Erstattungsfähig sind

- bis zu 8 Inseminationen sowie
- 4 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI.

Folgender Fall wird nicht als Versuch gezählt:

Es trat eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft ein, ohne dass es zur Geburt eines Kindes gekommen ist.

Ein wichtiger Hinweis für Sie:

Wir empfehlen Ihnen, Art und Umfang der Behandlung vor deren Beginn mit uns zu klären. So vermeiden Sie mögliche Kürzungen der Leistung.

(3) Bei erfolgreicher Geburt nach einer Kinderwunschbehandlung haben Sie erneut Anspruch auf die tariflichen Leistungen, solange die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei uns versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, gilt:

Wir müssen nur die Kosten erstatten, die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (beispielsweise die gesetzliche Krankenversicherung) noch bestehen.

16. Pränatal-Diagnostik

Versichert sind die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft. Diese Maßnahmen sind zum Beispiel:

- Dopplersonografie,
- 3D/4D-Ultraschall,
- kardiale Echografie,
- Nackentransparenztest sowie
- Triple-/Quadruple-Test.

Wir erstatten keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung

- einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder
- einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen

ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).

17. Hebammen und Entbindungspfleger

Wir erstatten die Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger.

Voraussetzung:

Die Abrechnungen müssen der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung für Hebammen entsprechen.

18. Haushaltshilfen

(1) Versichert sind die Kosten für eine Haushaltshilfe.

Voraussetzungen:

- Die versicherte Person kann nach ärztlichem Attest wegen schwerer Erkrankung, Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen oder
- die versicherte Person kann aus Gründen, die bereits zur medizinischen **Behandlungspflege** (Abschnitt A.13. Absatz 1) führten, den Haushalt nicht weiterführen und
- im Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- im Haushalt lebt ein Kind, das behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist und
- keine sonst im Haushalt lebende, volljährige Person kann den Haushalt weiterführen.

(2) Wir erstatten für eine Haushaltshilfe bis zu 10 EUR pro Stunde, jedoch maximal 75 EUR pro Tag. Wir zahlen zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal für 28 Tage pro Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt aus dem versicherten Tarif des erkrankten Elternteils.

Ausnahme:

Wir erstatten keine Kosten, wenn ein Verwandter oder Verschwägerter der versicherten Person die Haushaltshilfe übernimmt.

19. Pauschale zur Kinderbetreuung

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, zahlen wir für die Betreuung eine Pauschale von 250 EUR.

Voraussetzungen:

- Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- eine andere im Haushalt des versicherten Kindes lebende Person kann das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen und
- ein Elternteil muss zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes mindestens vier Arbeitstage nacheinander der Arbeit fernbleiben. Dafür benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.

Wir erstatten die Pauschale einmal im Kalenderjahr. Dabei berücksichtigen wir die Leistungen für eine Pauschale für die Kinderbetreuung aus anderen Tarifen.

20. Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

Für Erst- und Folgeschulungen bei chronisch Kranken beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** insgesamt 500 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

Chronische Krankheiten sind zum Beispiel Diabetes, Asthma sowie Neurodermitis.

21. Kommunikationshilfen

Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfverordnung (beispielsweise Gebärdens- oder Schriftdolmetscher) in Höhe der dort genannten Entschädigungssätze.

Voraussetzung:

Die Hilfen sind erforderlich, damit eine Verständigung mit dem Behandelnden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung möglich ist.

22. Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Versichert sind die Kosten für die Versorgung mit zertifizierten Medizinprodukten, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind,

- bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder
- die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen

zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

(2) Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.

(3) Digitale Gesundheitsanwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. 1 erfüllen und nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig, wenn sie

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen und
- einen Nachweis für **positive Versorgungseffekte** erbracht haben.

Wir erstatten keine digitalen Gesundheitsanwendungen, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

(4) Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von den unter Abschnitt A.1. oder A.10. genannten Behandelnden verordnet werden. Je Verordnung erstatten wir die Kosten für maximal 12 Monate. Danach ist eine neue Verordnung erforderlich.

(5) Wir sind berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen selbst zur Verfügung zu stellen. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über uns zu beziehen.

(6) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. abgeschlossen, erstatten wir die dort vereinbarten Vergütungsbeträge. Anderenfalls erstatten wir die Kosten, die nach § 134 SGB V mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden sind. Wenn es keine Vergütungsvereinbarungen gibt, erstatten wir die tatsächlichen Kosten.

(7) Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Wir erstatten keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, beispielsweise für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

B. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten und bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb Deutschlands erstatten wir die unter A. aufgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der folgenden Absätze.

(1) Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den folgenden Vorschriften entsprechen:

- Den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und
- einer eventuell geltenden **Gebührenordnung** oder **Taxe** für den jeweiligen Behandelnden.

Wir erstatten maximal den Betrag, der bei einer Behandlung der versicherten Person in Deutschland angefallen wäre. Für die ärztliche ambulante Behandlung leisten wir maximal den 3,5-fachen Satz der jeweils gültigen deutschen **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ).

(2) Wir erstatten auch eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.

(3) Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung. Für die Erstattung gelten die Absätze 1 und 2.

(4) Bei Notfällen erreichen Sie uns aus dem Ausland Tag und Nacht unter

0049 711 - 99 52 20 01

Auf Wunsch unterstützen wir Sie gerne in folgenden Bereichen:

- Informationen über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Nennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,
- Organisation des Austausches von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten (vor allem zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt),
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie
- bei Tod einer versicherten Person: Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland oder Organisation der Bestattung im Ausland.

C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)

Änderungen Ihres Tarifs müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihre Anträge in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Voraussetzungen für den Wechsel des Tarifs im Rahmen der Optionsrechte sind allgemein:

- Der gewünschte Tarif ist zum Zeitpunkt des Wechsels für neue Versicherte geöffnet oder
- der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser **Tariflinie** enthalten und
- die versicherte Person ist im gewünschten Tarif **versicherungsfähig**.

1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

(1) Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Termin der Umstellung ist jeweils der 1. des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person das 30., das 35., das 40., das 45. oder das 50. Lebensjahr vollendet. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

(2) Die Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen können Sie auch verlangen:

- bei **Entsendung** ins Ausland, wenn der Aufenthalt im Ausland an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,
- bei Aufhalten im Ausland, die zusammenhängend länger als 182 Tage andauern,
- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit,
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,
- bei Abschluss einer akademischen Weiterbildung durch die versicherte Person (beispielsweise Ausbildung zum Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen),
Voraussetzung:
Die versicherte Person übt eine ihrer Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.
- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,
- bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie
- bei einer Erhöhung des Einkommens von mindestens 20 % innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person.
Voraussetzung bei selbstständiger Tätigkeit:
Die versicherte Person muss die Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre nachweisen. Der Vergleichswert dafür ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Jahre.

(3) Die Umstellung ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in den ursprünglichen Tarif der versicherten Person können Sie verlangen bei Ende

- der Elternzeit,
- der Altersteilzeit,
- der Pflegezeit,
- der Arbeitslosigkeit sowie
- eines Sabbaticals (Sabbatjahres). Dies ist eine vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit. Die Vereinbarung ist zum Beispiel in einem Arbeitsvertrag geregelt.

Voraussetzungen:

Sie haben den Versicherungsschutz bei Beginn eines der vorgenannten Ereignisse in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt. Das Ereignis muss bei Ihnen oder bei Ihrem Ehepartner/Lebenspartner eintreten.

(4) Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

(5) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Dabei rechnen wir die aus dem Vertrag erworbenen **Alterungsrückstellungen** an. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** bleiben bestehen. Ihren individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

(6) Für ein mitversichertes Kind können Sie die Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne **Gesundheitsprüfung** in folgenden Fällen verlangen:

- Gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, wenn dieser nach Absatz 1 oder 2 seinen Versicherungsschutz erhöht,
- einmalig bei Abschluss der Schulausbildung sowie
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums.

Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen

Sie können jeweils zum 1. des folgenden Monats verlangen, dass wir den Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder geringeren Leistungen umstellen.

3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis

Bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis können Sie den Versicherungsschutz taggenau in **beihilfekonforme** Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung umstellen. Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Wechsel in ein Beamtenverhältnis bei uns beantragen.

4. Wechsel der tariflichen Selbstbeteiligung

Sie können Ihre Selbstbeteiligung immer zum 1. des nächsten Monats ändern.

D. Anpassung der Erstattungsgrenzen

Die festgelegten Erstattungsgrenzen gelten pro versicherter Person und Kalenderjahr. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir die Erstattungsgrenzen zu Ihren Gunsten anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderung ist zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich und
- ein unabhängiger Treuhänder muss die Anpassung prüfen und deren Angemessenheit bestätigen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

E. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu in dem

- die Heilbehandlung stattfindet oder
- das Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel bezogen wird oder
- sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

F. Kombination mit anderen Tarifen

Die Tarife AM30, AM31, AM32 und AM33 können nur zusammen mit einem Tarif aus den Teilen IIs sowie IIz bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anschlussheilbehandlung ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt stattfindet. Sie wird in der Regel bei schweren Erkrankungen (beispielsweise Krebs, Schlaganfall) und nach Operationen (beispielsweise Herzoperationen, künstliches Hüftgelenk) sowie nach schweren Unfällen durchgeführt.

Approbation: Hierunter versteht man die staatliche Erlaubnis, den Beruf als Arzt, Zahnarzt, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Apotheker oder Tierarzt selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben. Damit verbunden ist die Befugnis, die jeweilige Berufsbezeichnung zu führen.

Behandlungspflege: Tätigkeiten, die Pflegekräfte aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege auf ärztliche Anordnung leisten. Diese Aufgaben umfassen unter anderem Wundversorgung, Verbandwechsel, Medikamentengabe, Blutdruck- und Blutzuckermessung. Der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann so hoch sein, dass die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft notwendig ist. Das ist zum Beispiel bei Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts der Fall. Dann spricht man von **Intensiv-Behandlungspflege**.

Beihilfekonforme Versicherung: Personen mit Anspruch auf Beihilfe, zum Beispiel Beamte und Richter, erhalten über die Beihilfe eine teilweise Erstattung für ihre Krankheitskosten. Weil die Beihilfe die finanzielle Lücke allein nicht schließen kann, können Beihilfeberechtigte eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Restkostenversicherung leistet nur in Höhe der verbleibenden Kosten. Wenn die Beihilfe zum Beispiel 70 % der Kosten erstattet, erhält der Beihilfeberechtigte aus der Restkostenversicherung 30 %.

Entsendung liegt vor, wenn ein Beschäftigter sich auf Weisung seines Arbeitgebers für begrenzte Zeit ins Ausland begibt und dort arbeitet. Das Beschäftigungsverhältnis mit dem deutschen Arbeitgeber bleibt bestehen. Zum Beispiel kann ein Dienstleistungsunternehmen einen Auftrag in einem anderen Land erhalten und seine Arbeitnehmer dorthin schicken, um den Auftrag auszuführen.

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Intensiv-Behandlungspflege: siehe **Behandlungspflege**.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir zum Beispiel, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Naturheilkundliche Behandlung: Die Naturheilkunde umfasst sowohl Methoden der Untersuchung von Erkrankungen als auch zu deren Behandlung. Es handelt sich um medizinische Heilmethoden, welche die selbstheilenden Kräfte des Körpers ansprechen und zumindest in Teilen naturbelassen oder natürlichen Ursprungs sind. Sie sollen Krankheiten vorbeugen, heilen oder lindern. Zu den „klassischen Naturheilverfahren“ zählen zum Beispiel: Homöopathie, Ernährungstherapie, Thermotherapie, Hydrotherapie, Klimatherapie, Atemtherapie, Phytotherapie (soweit wissenschaftlich überprüft) und der Einsatz von physikalischen Reizen wie Licht, Luft, Wärme und Kälte, Bewegung und Ruhe (Physikalische Therapie).

Im Gegensatz dazu stehen die sogenannten „Außenseiterverfahren“, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind, da sie häufig auf spekulativen Denkmodellen beruhen und den Nachweis klinischer Wirksamkeit nicht erbringen können. Eine Gleichsetzung solcher Methoden mit der naturheilkundlichen Behandlung ist nicht möglich.

Palliativ-Versorgung: siehe **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

positive Versorgungseffekte: liegen vor, wenn sich durch die digitale Gesundheitsanwendung der gesundheitliche Zustand des Patienten oder seine Möglichkeiten zum Umgang mit seiner Erkrankung bessern.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Die Palliativ-Versorgung ist ausgerichtet auf die Schmerzlinderung, aber nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) bezeichnet ein Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfergängerstarife) möglich.