SDK
Einfach für Ihr Leben da.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung

Stand: 01.01.2023

Teil II: Tarife AP5, AP7, AP9 und AP1 der ambulanten Zusatzversicherung

Die Tarifbeschreibung gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht **2**

I. Unsere Leistungen **3**
1. Sehhilfen 3
2. Refraktive Chirurgie 3
3. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse 3
4. Medizinisch-psychologischer Beratungsservice 4
5. Naturheilverfahren 4
6. Hilfsmittel sowie gesetzliche Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel 4
7. Auslandsreiseversicherung 5
8. Behandlung in Deutschland 6
9. Behandlung im Ausland 6
10. Zuordnung der Kosten 6

II. Wartezeiten **6**

III. Beiträge **6**
1. Beitragsberechnung 6
2. Beitragsanpassung 6

IV. Optionsrechte **7**

Glossar **8**

Anhang **9**

1.753a/01.23

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten aus dem jeweiligen Tarif für:

Sehhilfen

(alle 2 Kalenderjahre)

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	100 %	100 %	100 %	100 %
Maximale Leistung	200 EUR	300 EUR	400 EUR	500 EUR

Refraktive Chirurgie, je Auge

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	100 %	100 %	100 %	100 %
Maximale Leistung	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR

Vorsorge, Schutzimpfungen, Präventionskurse

(alle 2 Kalenderjahre)

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	200 EUR	300 EUR	400 EUR	500 EUR

Naturheilverfahren

(alle 2 Kalenderjahre)

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR

Hilfsmittel sowie gesetzliche Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

(alle 2 Kalenderjahre)

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR

Auslandsreiseversicherung

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	100 %	100 %	100 %	100 %
Maximale Leistung	Keine tarifliche Begrenzung			

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den folgenden Abschnitten.

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 8.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif aufgenommen werden Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder dort einen Anspruch auf Familienversicherung haben
  oder
- einen Anspruch auf **Heilfürsorge** haben.

Fällt eine der Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weg, endet zu diesem Zeitpunkt auch der Tarif AP.

Im Folgenden ist die **Heilfürsorge** der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

I. Unsere Leistungen

1. Sehhilfen

Versichert sind die Kosten für:

- Brillengläser,
- Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Reparaturen.

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn zu:

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	100 %	100 %	100 %	100 %
Maximale Leistung	200 EUR	300 EUR	400 EUR	500 EUR

Dieser Betrag ist unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen und Reparaturen.

Ein Beispiel: Ihre Versicherung beginnt am 01.08.2020. Sie kaufen am 01.09.2020 eine Sehhilfe. Dann besteht ein erneuter Anspruch auf die volle Leistungshöhe ab dem 01.01.2022.

Wir erstatten keine Kosten für die Pflege und die Reinigung von Sehhilfen.

2. Refraktive Chirurgie

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

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** pro Auge und Versicherungsfall zu:

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	100 %	100 %	100 %	100 %
Maximale Leistung pro Auge	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR

In den ersten vier Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstatten wir die Hälfte. Ab dem 5. Kalenderjahr erhalten Sie oder die versicherte Person die Leistung im vollen tariflichen Umfang.

Ein Beispiel: Ihre Versicherung im Tarif AP7 beginnt am 01.08.2020. Bis zum 31.12.2023 erhalten Sie maximal 350 EUR pro Auge. Ab dem 01.01.2024 haben Sie Anspruch auf die maximale Leistung von 700 EUR pro Auge für refraktive Chirurgie.

Sind nach der Operation erneut Sehhilfen nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.

3. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse

(1) Versichert sind die Kosten für:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die Vorsorge während der Schwangerschaft,
- sportmedizinische Untersuchungen.

Nicht versichert sind:

- Kosten für dienstliche Zwecke, beispielsweise eine Untersuchung zur Flugtauglichkeit
  und
- **Gendiagnostische Untersuchungen**.

(2) Wir erstatten Kosten für:

- Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt,
- die Grippeschutzimpfung,
- die Zeckenschutzimpfung (FSME),
- Reiseschutzimpfungen.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten von Schutzimpfungen, zu deren Übernahme der Arbeitgeber per Gesetz verpflichtet ist.

(3) Wir erstatten die Aufwendungen für Präventionskurse zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Die Präventionskurse müssen den Anforderungen des § 20 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Dies gilt sowohl für die inhaltliche als auch qualitative Ausgestaltung. Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Die Zertifizierung und die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten sind vom Anbieter zu bestätigen.

Für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse gilt:

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn zu:

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	200 EUR	300 EUR	400 EUR	500 EUR

4. Medizinisch-psychologischer Beratungsservice

Wir stellen Ihnen und den versicherten Personen einen medizinisch-psychologischen Beratungsservice zur Verfügung.

Sie können den Beratungsservice telefonisch erreichen unter der Telefonnummer

+49 711 7372 4007

Die Beratung erfolgt anonym.

5. Naturheilverfahren

Versichert sind die Kosten für **Naturheilverfahren** und Behandlungen durch Heilpraktiker. **Naturheilverfahren** können auch von Ärzten durchgeführt werden.

Voraussetzungen:

- Heilpraktiker erfüllen die Anforderungen nach dem deutschen Heilpraktikergesetz und rechnen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab,
- Ärzte rechnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab.

Als **Naturheilverfahren** gelten alle **Naturheilverfahren** nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung. Wir erstatten alle Leistungen, die im aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) enthalten sind.

Ausnahme:
Wir erstatten keine Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Wir erstatten auch Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die in diesem Zusammenhang verordnet wurden. Sie müssen die Arzneimittel in der Apotheke kaufen.

Für Heilmittel wenden wir die Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an. Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen erstatten wir ohne Begründung bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ. Wenn ein Heilmittel nicht in der GOÄ aufgeführt ist, zahlen wir maximal den beihilfefähigen Höchstsatz.

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn zu:

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR

6. Hilfsmittel sowie gesetzliche Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Sie oder die versicherte Person müssen zuerst die Vorleistung der GKV in Anspruch nehmen. Bitte weisen Sie uns die Leistung der GKV nach, beispielsweise durch einen Erstattungsvermerk auf den Rechnungen.

Wir erstatten keine Kosten für den Unterhalt und Betrieb von Hilfsmitteln, insbesondere keine Batterien.

Versichert sind auch die im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Bitte legen Sie uns zur Erstattung eine ärztliche Verordnung und einen Beleg für die Zuzahlung vor.

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn zu:

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR

7. Auslandsreiseversicherung

Versichert ist die medizinische notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person, wenn während einer Auslandsreise eine Krankheit oder Unfallfolge akut eintritt. Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Heilbehandlung, wenn sich eine bestehende Erkrankung verschlechtert. Des Weiteren ist der medizinisch sinnvolle Rücktransport versichert.

Nicht versichert sind Heilbehandlungen im Ausland, die der alleinige oder ein Grund der Auslandsreise sind.

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zu:

	AP5	AP7	AP9	AP1
Prozentsatz	100 %	100 %	100 %	100 %
Maximale Leistung	Keine tarifliche Begrenzung			

Der Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis maximal 56 Tage.

Als Ausland gilt nicht der Staat, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Wir erstatten die Kosten für:

- Leistungen von Ärzten, Heilpraktikern, Chirotherapeuten und Osteopathen, einschließlich ihrer Wegegebühren,
- Operationen sowie Assistenz und Narkose,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arzneimittel und Verbandmaterial aus einer Apotheke,
- Heilmittel: beispielsweise Massagen, medizinische Bäder und Packungen, Heilgymnastik, Inhalationen, medicomechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes. Je Versicherungsfall erstatten wir bis zu sechs verordnete Sachleistungen,
- Hilfsmittel, die auf der Reise erstmals notwendig sind,
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus. Erweisen sich der zunächst aufgesuchte Arzt oder Krankenhaus als nicht geeignet, zahlen wir die medizinisch notwendige Verlegung zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus.
- Stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus einschließlich Unterkunft, Pflege und Verpflegung im Krankenhaus. An Stelle der Kostenerstattung können Sie für jeden Tag der stationären Behandlung 50 EUR erhalten. Das Tagegeld zahlen wir maximal 30 Tage ab Beginn der stationären Behandlung. Sie müssen zu Beginn der stationären Behandlung wählen, welche Leistung Sie in Anspruch nehmen wollen.
- zahnärztliche Behandlungen: Maßnahmen zur Schmerzbeseitigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, beispielsweise Amalgam- oder Kunststofffüllungen. Wir erstatten außerdem notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien,
- Rückführungskosten: Wir erstatten die Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz. Gleiches gilt für den Rücktransport in das dem Wohnsitz nächstgelegene und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Deutschland. Den Rücktransport können wir organisieren. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson übernehmen wir ebenfalls,
- Notfallbetreuung von Kindern: Wir organisieren die Rückreise von mitreisenden und mitversicherten minderjährigen Kindern, wenn diese aus folgendem Grund notwendig ist: Die versicherte Person kann wegen eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts oder Todesfalls nicht mehr für die Kinder sorgen. Dabei übernehmen wir die Kosten für die Rückreise inklusive der Mehrkosten, die im Vergleich zur ursprünglich geplanten Rückreise entstehen. Wenn notwendig übernehmen wir auch die Kosten für eine Begleitperson.

  Voraussetzung: Sie, die versicherte Person oder ein Beauftragter beantragen die Rückreise der Kinder bei uns.
- Bergungskosten bis zu 5.000 Euro,
- Bestattungskosten, Überführungskosten: Beim Tod einer versicherten Person erstatten wir die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis zu 12.000 Euro. Alternativ übernehmen wir die Kosten in dieser Höhe für die Überführung an den ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz,
- Telefonkosten: Wir erstatten Ihnen die Kosten, die durch die Kontaktaufnahme mit unserem Notrufservice angefallen sind.

Nicht versichert sind die Kosten für:

- Sehhilfen und Hörgeräte,
- die Neuanfertigung von Zahnersatz.

Wir leisten auch nicht für:

- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie für Hypnose,
- Entzugsbehandlungen,
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Bei Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen erstatten wir die oben beschriebenen Kosten.

Assistance Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen sind wir für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 - 9952 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage bieten wir folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Benennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt,
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes. Bei Tod des Versicherten: Organisation und Überführung zum Bestattungsort bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

8. Behandlung in Deutschland

Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Heilpraktiker müssen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) abrechnen.

9. Behandlung im Ausland

Für Behandlungen im Ausland übernehmen wir die Kosten nach den Ziffern 1 bis 6 in ortsüblicher Höhe. Im jeweiligen Land kann eine **Taxe** zur Berechnung der Kosten existieren. In diesem Fall sind Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten haben.

10. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet
  oder
- wir sonstige tarifliche Leistungen zahlen.

II. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

III. Beiträge

1. Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters.

Ab dem 20., 30., 40., 50., 60. und 70. Geburtstag gilt folgende Regelung: Die versicherte Person zahlt ab dem auf den Geburtstag folgenden Kalenderjahr den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie 20 Jahre alt werden, den Beitrag für Kinder.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
  oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten:**

AP5, AP5F Erwachsene

AP5, AP5F Kinder

AP7, AP7F Erwachsene

AP7, AP7F Kinder

AP9, AP9F Erwachsene

AP9, AP9F Kinder

AP1, AP1F Erwachsene

AP1, AP1F Kinder.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

Ein Beispiel: Eine besonders schwere Grippewelle verursacht einmalig sehr hohe Kosten, die so für die Zukunft nicht wieder zu erwarten sind.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV. Optionsrechte

Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** für die versicherte Person in den Tarif dieser **Tariflinie** mit der nächsthöheren Erstattungsstufe umstellen.

Termin der Umstellung ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person folgendes Alter erreicht: Sie wird 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

Der höhere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen. Den individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

Glossar

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

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Erstattungsfähige Kosten: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die vom 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 oder den erstattungsfähigen Kosten.

Gendiagnostische Untersuchungen: auch Gentests, sind Analysen der Erbanlagen (DNA), um Informationen über verschiedene genetische Eigenschaften eines Individuums zu gewinnen.

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

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Naturheilverfahren: 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.

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.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter **(Alterungsrückstellungen)** werden nicht gebildet.

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 (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,

2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,

3. Tabakkonsum reduzieren,

4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,

5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,

6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,

7. gesund älter werden und

8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,

2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und

3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 bis 3 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.