Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Teil II
Tarif GesundheitVARIO
Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 341439, 12.2024
Es gelten die AVB/VV – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen
Inhalt des Versicherungsvertrages ist:
Teil I: AVB/VV
Teil II: Tarif GesundheitVARIO

2. Tarifkombinationen
Neben dem Tarif GesundheitVARIO können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung dieses Tarifs zugelassen werden.

II. Versicherungsleistungen

Wir bieten Ihnen mehr als die Leistungen Ihres Tarifs. Mit geeigneten Services bieten wir Ihnen individuelle Unterstützung gesund zu bleiben, gesund zu werden oder Ihren Alltag zu erleichtern. Diese Services werden durch unser Netzwerk eigener oder von uns beauftragter Gesundheitsexperten angeboten. Weitere Informationen finden Sie in den nun folgenden Kategorien sowie auf unserer Internetseite - oder Sie rufen unsere Servicehotline an.

A. Ambulante Heilbehandung

Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltes (siehe Abschnitt II. G) zu **100 %**.

1. Ärztliche Leistungen
Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.

Ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Arznei- und Verbandmittel, diätetische Lebensmittel und Verbrauchsmaterialien
Der Versicherer erstattet die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, diätetische Lebensmittel sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien (siehe § 4 Absatz 3 AVB/VV).

3. Vorsorgeuntersuchungen

Um die Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen nutzen Sie bitte unsere Vorsorgegutscheine. Weitere Informationen und die einzelnen Vorsorgegutscheine finden Sie im Anhang zu Ihrer Police - oder Sie rufen unsere Servicehotline an.

Der Versicherer erstattet die Kosten für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewendet.

Darüber hinaus übernehmen wir die Kosten für weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen. Im Anhang sind die entsprechenden Untersuchungen namentlich und mit GOÄ-Nummern abschließend genannt.

Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II. G wird für die beschriebenen Vorsorgeuntersuchungen nicht angerechnet.

Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Absatz 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.

4. Pränataldiagnostik
Der Versicherer erstattet die Kosten für Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft. Hierzu zählen z. B. Dopplersonografie, kardiale Echografie, Nackentransparenztest sowie Triple-/Quadruple-Test.

5. Kosten für Schwangerschaft und Entbindung
5.1 Der Versicherer erstattet Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

5.2 Der Versicherer erstattet bei einer Hausgeburt anstelle der Kosten für Krankenhausleistungen, gegen Vorlage eines Geburtsnachweises, eine Entbindungspauschale in Höhe von 500 Euro. Bei Mehrlingsgeburten wird das entsprechend Vielfache erstattet.

5.3 Der Versicherer erstattet die Kosten für folgende Behandlungen wegen Schwangerschaft: Wochenbettgymnastik, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik und Geburtsvorbereitungskurs. Die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse werden auch für den Partner übernommen.

6. Schwangerschaftsabbruch
Der Versicherer erstattet die Kosten für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger oder kriminologischer Indikation gemäß § 218a Strafgesetzbuch.

7. Medizinische Schulungen für chronisch Kranke
Der Versicherer erstattet die Kosten für Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten, wie z. B. Diabetes, Asthma sowie Neurodermitis, wenn die Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von einem nach § 5 Absatz 1 AVB/VV anerkannten Therapeuten durchgeführt wird.

8. Schutzimpfungen
Der Versicherer erstattet die Kosten für Impfungen einschließlich Impfstoff. Hierzu zählen auch Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen inklusive Malariaprophylaxe.

Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II. G gilt für diese Leistungen nicht. Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Absatz 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht beeinträchtigt.

9. Psychotherapie
Der Versicherer erstattet die Kosten für psychotherapeutische Leistungen nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

10. Behandlung durch Heilpraktiker
Der Versicherer erstattet die Kosten für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Heilpraktikers bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebüH und darüber hinaus sonstige von Heilpraktikern durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.

Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

11. Naturheilkunde durch Ärzte
Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Arznei- und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

12. Heilmittel
Der Versicherer erstattet die Kosten für Heilmittel bis zu **130 %** der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes. Hierzu gehören z. B. physikalische Therapien (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.

13. Refraktive Chirurgie
Der Versicherer erstattet pro Versicherungsfall (inklusive Vor- und Nachuntersuchungen) die Kosten für refraktive chirurgische Verfahren bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro je Auge.

14. Hilfsmittel
14.1 Der Versicherer erstattet die Kosten für Hilfsmittel, wie z. B. Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte. Der Versicherer erstattet auch Kosten für die Anschaffung eines Blindenhundes inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

14.2 Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztlich verordnete Hör- und Tinnitusgeräte jeweils bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 Euro je Ohr.

14.3 Der Versicherer erstattet die Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

Der Versicherer erstattet darüber hinaus die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker.

14.4 Der Versicherer erstattet auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

14.5 Der Versicherer erstattet die Kosten für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB.
Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.

15. Kommunikationshilfe
Der Versicherer erstattet die Kosten für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

16. Fahrt- und Transportkosten
Der Versicherer erstattet die Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.

Der Versicherer erstattet ebenfalls die Kosten für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.
Darüber hinaus erstattet der Versicherer nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten und zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei:
- ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit
- schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit besteht.

Die Begrenzung entfällt in folgenden Fällen:
- Fahrten zur Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation)
- bei ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist

17. Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung
Der Versicherer erstattet die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung:
- bis zu den Beträgen, die die Gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat,
- in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder Gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

18. Soziotherapie
Der Versicherer erstattet die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V:
- nach Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- nach der Gebührenordnung für Ärzte oder bis zu den Beträgen, die die Gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit dem Leistungserbringer vereinbart hat

19. Sozialmedizinische Nachsorge
Der Versicherer erstattet die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern und Jugendlichen, wenn diese ärztlich verordnet wurden.

20. Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen
Der Versicherer erstattet die Kosten nach § 43b SGB V für nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c SGB V erbracht werden. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordination von Leistungen.

21. Künstliche Befruchtung
Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat.
Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
a) es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor
b) nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen
c) es wurde noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt
d) die Frau hat das 43. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet
e) es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
f) die Behandlung erfolgt nach deutschem Recht

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens
- 3 Inseminationen und
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI)

Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht in diesem Tarif versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegenüber einem anderen Leistungsträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle), sind nur die Kosten erstattungsfähig, die vom Anspruch gegenüber dem anderen Leistungsträger nicht umfasst werden.

22. Kryokonservierung von Eizellen und Sperma
Der Versicherer erstattet die Kosten für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe, sowie für die dazuge-

hörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Nummer 21 vornehmen zu können.

Die Kosten werden bis zur Vollendung des 43. Lebensjahres der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes übernommen.

23. Häusliche Krankenpflege
Der Versicherer erstattet die Kosten für die häusliche Krankenpflege. Diese umfasst:
- Behandlungspflege
- Grundpflege und
- hauswirtschaftliche Versorgung

Die Maßnahme zur häuslichen Krankenpflege muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind.

Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

24. Ambulante Kuren
Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen und Arzneimittel. Die Kosten für Heilmittel werden bis zu **130 %** der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung und Verpflegung.

Ambulante Serviceleistungen
Gerne informieren wir Sie über Behandlungsmethoden und nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie z. B. Fachärzte, Physiotherapeuten, ambulante Rehabilitationseinrichtungen usw.

Auf Wunsch unterstützen wir Sie auch bei speziellen Themen wie Kinderwunschbehandlung oder einer schweren Erkrankung.

Bei der Besorgung von Hilfsmitteln können Sie Unterstützung von unseren Experten aus dem Hilfsmittelbereich erhalten. Auch stehen wir Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen sowie für Impf- und Medikamentenberatung gerne zur Verfügung.

Dies ist eine beispielhafte Aufzählung für unser vielfältiges Serviceangebot. Um Ihnen die bestmöglichen Serviceleistungen zur Verfügung zu stellen, werden diese laufend überarbeitet, erweitert und gegebenenfalls durch Neuerungen ersetzt. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite - oder Sie rufen unsere Servicehotline an.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung
Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu **100 %**.

1. Allgemeine Krankenhausleistungen
Der Versicherer erstattet die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V
In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen (keine wahlärztlichen) Leistungen. Heilmittel werden bis zu **130 %** der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person.

2. Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger
Der Versicherer erstattet die Kosten für Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger.

Die Leistungen von Belegärzten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

Die Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspflegern sind nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

3. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation
Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummern B. 1 und B. 2.

Wird die Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation ambulant durchgeführt, erstattet der Versicherer anstelle der allgemeinen Krankenhausleistung den Tagessatz der Einrichtung, in der die Behandlung durchgeführt wird.

Als medizinische Rehabilitation gelten nicht z. B. Klima-Kuren oder Mutter-Kind-Kuren.

Ist ein anderer Kostenträger vorleistungspflichtig, erstatten der Versicherer die beim Versicherten verbleibenden Restkosten, wie z. B. die gesetzliche Eigenbeteiligung.

4. Stationäre Kur
Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen und Arzneimittel. Die Kosten für Heilmittel werden bis zu **130 %** der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.
Nicht erstattungsfähig sind Kosten für die Kurtaxe, Unterbringung und Verpflegung sowie Kosten für wahlärztliche Leistungen.

5. Ambulante Operationen
Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus.
Die Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

6. Kosten für Schwangerschaft und Entbindung
6.1 Der Versicherer erstattet auch die Kosten für Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus.

6.2 Sofern eine Pauschale für das gesunde Neugeborene in Rechnung gestellt wird, sind diese Kosten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

7. Schwangerschaftsabbruch
Der Versicherer erstattet die Kosten für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger oder kriminologischer Indikation gemäß § 218a Strafgesetzbuch.

8. Rooming-In
Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes erstattet der Versicherer die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Umfang der Nummer 1. Voraussetzung ist, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

9. Fahrt- und Transportkosten
Der Versicherer erstattet die Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.

Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

Darüber hinaus erstattet der Versicherer nachgewiesene Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei:
- ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit
- schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit besteht

Die Begrenzung entfällt in folgenden Fällen:

- Fahrten zur stationären Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie
- bei ambulanten stationsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (am Tag der Operation)
- bei stationären Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist

10. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege)
Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif.

11. Psychotherapie
Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Psychotherapie im Umfang der Nummern 1 und 2.

12. Kommunikationshilfe
Der Versicherer erstattet die Kosten für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

Stationäre Serviceleistungen
Gerne nennen wir Ihnen Krankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden und bieten Ihnen bei schwerwiegenden Erkrankungen Beratung von einem hochqualifizierten medizinischen Spezialisten.

Dies ist nur eine beispielhafte Aufzählung für unser vielfältiges Serviceangebot. Um Ihnen die bestmöglichen Serviceleistungen zur Verfügung zu stellen, werden diese laufend überarbeitet, erweitert und gegebenenfalls durch Neuerungen ersetzt. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite - oder Sie rufen unsere Servicehotline an.

C. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

1. Zahnbehandlung
Der Versicherer erstattet zu **100 %** die Kosten für:
a) konservierende Leistungen einschließlich Inlays, Onlays und die dazugehörigen Material- und Laborkosten
b) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
c) Diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen
d) anästhetische Leistungen und besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akkupunktur oder Hypnose sind bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig

Zahnärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Zahnvorsorge
Der Versicherer erstattet zu **100 %** die Kosten für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B der GOZ einschließlich der professionellen Zahnreinigung. Zusätzlich werden die Positionen 0010, 2000 bei Fissurenversiegelung, 4050, 4055 und 4060 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Zahnvorsorge erstattet.

Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Absatz 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.

3. Zahnersatz
3.1 Der Versicherer erstattet zu **70 %** die Kosten für
a) prothetische Leistungen
b) Kronen und Brücken mit Verblendungen
c) Veneers
d) Implantate und die in diesem Zusammenhang anfallenden Kosten für diagnostische, anästhetische und besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akkupunktur oder Hypnose bei medizinischer Notwendigkeit sowie chirurgische Leistungen (wie z. B. der Knochenaufbau)
e) Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
g) Aufbissbehelfe und Schienen

3.2 Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne und die Material- und Laborkosten.

3.3 Die Erstattung ist in den ersten drei Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 6.000 Euro begrenzt.
Diese Begrenzung gilt nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

4. Kieferorthopädie
Der Versicherer erstattet zu **100 %** die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 20. Lebensjahres.

Unabhängig vom Alter der versicherten Person erstattet der Versicherer Kosten für kieferorthopädische Leistungen, sofern:
- diese aufgrund eines Unfalls, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, notwendig sind oder
- die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts, der Kiefer oder einer skelettalen Dysgnathie erforderlich und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch- kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne und die Material- und Laborkosten.

Serviceleistung Zahn
Wir empfehlen Ihnen bei Zahnersatzmaßnahmen sowie bei kieferorthopädischen Behandlungen ab einem Betrag von 2.500 Euro vor Behandlungsbeginn Ihren Heil- und Kostenplan einzureichen. Darüber hinaus erhalten Sie Beratung und Unterstützung von unseren Zahnexperten. Rufen Sie dazu unsere Servicehotline an.

D. Sonstige Leistungen

1. Stammzellen- und Lebendorganspende
Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten des Spenders einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche:
- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet
- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders im tariflichen Leistungsumfang
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung

2. Palliativ- und Hospizversorgung
Der Versicherer erstattet zu **100 %** die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

Der Versicherer erstattet Kosten für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.

3. Krankenrücktransport, Überführung und Bestattung bei Auslandsaufenthalten
Bei Auslandsaufenthalten erstattet der Versicherer zu **100 %** die Kosten für folgende Leistungen:

3.1 Krankenrücktransport aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind alle Kosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport (auch Ambulanzflugzeug):
a) an den vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
b) in ein von der versicherten Person benanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus in Deutschland.

Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

Wird die versicherte Person beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, erstattet der Versicherer die Kosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist. Unabhängig davon, ob für die Begleitperson beim Versicherer zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht oder nicht.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen ohne Abzug der Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

3.2 Überführung oder Bestattung im Todesfall
Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

3.3 Leistungen für Kinderbetreuung
Die Kosten der Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an einer Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden minderjährigen Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann, werden erstattet.

4. Such- Rettungs- und Bergungskosten
Der Versicherer erstattet die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 10.000 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.

E. Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Bezug von Elterngeld
Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif ab dem Ersten des Monats, der auf den Beginn des Elterngeldbezuges folgt, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt sechs Monaten. Voraussetzung ist, dass:
– die Beiträge bis zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vollständig gezahlt sind
– keine Anwartschafts- oder Ruhensversicherung besteht

Der Bezug von Elterngeld ist durch die vom Versicherer geforderten Nachweise zu belegen.

F. Optionen

1. Erhöhung des Versicherungsschutzes
1.1 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Anlässen den Versicherungsschutz der betroffenen versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung wie folgt anzupassen:

1.1.1. Den Tarif GesundheitVARIO auf eine geringere Selbstbehaltsstufe umstellen

1.1.2. Zum Zeitpunkt des Anlasses mit den Tarifen GesundheitVARIO kombinierbare Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO abschließen.

Diese Optionen können einzeln oder zusammen ausgeübt werden. Die Optionen können bei Eintritt der folgenden Anlässe ausgeübt werden:
a) Heirat
b) Scheidung
c) Ende der Ausbildung oder Studium, spätestens zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres
d) Wechsel zwischen einem Arbeitnehmerverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit
e) drei Jahre nach Beginn einer selbständigen Tätigkeit
f) nach dem dritten und sechsten Kalenderjahr nach Übertritt aus der Gesetzlichen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung eines anderen Unternehmens in die Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers.

1.2. Besondere Optionen für Eltern bei Beginn und Ende der Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes
Der Versicherungsnehmer kann die unter 1.1.1. und 1.1.2. genannten Optionen jeweils bei Beginn und Ende der Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif GesundheitVARIO versicherten Elternteile ausüben.

1.3. Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes
Die Anpassung des Versicherungsschutzes ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. Der höhere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Der Eintritt des Anlasses ist durch die vom Versicherer geforderten Nachweise zu belegen.

Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese bei Erhöhung des Versicherungsschutzes übertragen. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

2. Vorübergehende Reduzierung des Versicherungsschutzes
2.1. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Anlässen den Versicherungsschutz der betroffenen versicherten Person befristet (maximal drei Jahre) zu reduzieren und zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren Versicherungsschutz zurückzukehren.

Hierzu kann der Versicherungsschutz innerhalb des Tarifs GesundheitVARIO von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt umgestellt werden.
Diese Option kann bei Eintritt der folgenden Anlässe ausgeübt werden:
a) Erwerb einer Wohnimmobilie
b) Heirat
c) Scheidung
d) Geburt und Adoption eines Kindes
e) Wechsel zwischen einem Arbeitnehmerverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit
f) drei Jahre nach Beginn einer selbständigen Tätigkeit
g) nach dem dritten und sechsten Kalenderjahr nach Übertritt aus der Gesetzlichen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung eines anderen Unternehmens in die Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers.
h) Elternzeit; für Selbständige gilt dies auch bei Bezug von Elterngeld
i) Pflege- oder Familienpflegezeit
j) Ausbildung oder Studiums, spätestens zum Ende des Monats der Voll-endung des 39. Lebensjahres
k) Arbeitslosigkeit
l) Sabbatical

Die mit dem Tarif GesundheitVARIO kombinierbaren Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO können weitere Optionen zur vorübergehenden Reduzierung des Versicherungsschutzes vorsehen.

2.2. Antrag auf Umstellung des Versicherungsschutzes und Rückkehr in niedrigere Selbstbehaltsstufe:

2.2.1. Anlässe a) bis g)
Die vorübergehende Umstellung zu den Anlässen ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Der Eintritt des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

Die Rückkehr in eine niedrigere Selbstbehaltsstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung ist zu dem bei Umstellung vereinbarten Zeitpunkt zu beantragen. Der Antrag muss spätestens drei Monate nach dem

vereinbarten Zeitpunkt beim Versicherer eingehen. Die Umstellung erfolgt zu dem bei Umstellung vereinbarten Zeitpunkt.

Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese bei Umstellung des Versicherungsschutzes übertragen. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

2.2.2. Anlässe h bis l)
Die vorübergehende Umstellung zu den Anlässen kann während der Dauer des Anlasses einmalig für denselben Anlass beantragt werden. Der Eintritt des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Anpassung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

Die Rückkehr in eine niedrigere Selbstbehaltsstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung ist zum Ende des Anlasses, spätestens drei Jahren nach Umstellung zu beantragen. Das Ende des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Der Antrag muss spätestens drei Monate nach dem Ende des Anlasses oder bei noch bestehendem Anlass spätestens drei Monate nach Ablauf von drei Jahren ab Umstellung beim Versicherer eingehen. Die Anpassung erfolgt zum Ende des Anlasses oder nach Ablauf der drei Jahre.

Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese bei vorübergehender Reduzierung des Versicherungsschutzes übertragen. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

2.2.3. Besondere Optionen für Eltern eines versicherten Kindes bei Ausbildung oder Studium des Kindes
Der Versicherungsnehmer kann die Option bei Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif GesundheitVARIO versicherten Elternteile ausüben.

G. Selbstbehalt
Von den Versicherungsleistungen für ambulante Heilbehandlung (Abschnitt A) wird pro Person und pro Kalenderjahr ein Selbstbehalt von
- 20 % bis max. 400 Euro im Tarif GesundheitVARIO 400
- 800 Euro im Tarif GesundheitVARIO 800
- 1.600 Euro im Tarif GesundheitVARIO 1600

abgezogen.

Kinder und Jugendliche haben jeweils den halben Selbstbehalt, d. h.:
- 20 % bis max. 200 Euro im Tarif GesundheitVARIO 400
- 400 Euro im Tarif GesundheitVARIO 800
- 800 Euro im Tarif GesundheitVARIO 1600

Zum 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr erreicht, gilt der Selbstbehalt für Erwachsene.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Jahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zugrunde gelegt. Endet die Versicherung während eines Jahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen nach den im anhängenden Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen aufgezählten Ziffern der GOÄ, sowie Schutzimpfungen nach Abschnitt II. A Nummer 8 werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Dieser Anhang ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II für den Tarif GesundheitVARIO.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich bei diesem Tarif auch auf Vorsorgeleistungen, welche ohne Abzug eines tariflich vereinbarten Selbstbehaltes erstattet werden und deren Erstattungen zudem keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Absatz 4 AVB/VV haben. Voraussetzung ist, dass

- es sich ausschließlich um unter Punkt 1. bis 9. aufgeführte gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung handelt,
- die Abrechnung der Ärzte ausschließlich nach den unter Punkt 1. bis 9. aufgeführten Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt

1. Schwangerschaftsvorsorge

Ziffer 23	GOÄ	Erste Vorsorge in der Schwangerschaft
Ziffer 24	GOÄ	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf
Ziffer 250	GOÄ	Blutentnahme
Ziffer 298	GOÄ	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial
Ziffer 415	GOÄ	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge
Ziffer 420	GOÄ	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 1002	GOÄ	Externe Kardiotokographie
Ziffer 3508	GOÄ	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats
Ziffer 3509	GOÄ	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Einfärbung
Ziffer 3511	GOÄ	Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3517	GOÄ	Hämoglobin
Ziffer 3613	GOÄ	Glucosetoleranztest
Ziffer 3982	GOÄ	Blutgruppe
Ziffer 4232	GOÄ	Bestimmung Antikörper
Ziffer 4395	GOÄ	HIV
Ziffer 4711	GOÄ	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen

2. Gesundheits-Check-Up

Ziffer 29	GOÄ	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
Ziffer 250	GOÄ	Blutabnahme
Ziffer 410	GOÄ	Ultraschalluntersuchung eines Organs
Ziffer 420	GOÄ	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 651	GOÄ	Ruhe-EKG
Ziffer 3511	GOÄ	Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550	GOÄ	Blutbild
Ziffer 3551	GOÄ	Differenzierung der Leukozyten
Ziffer 3560	GOÄ	Glukose
Ziffer 3565.H1	GOÄ	Triglyzeride
Ziffer 3564.H1	GOÄ	LDL-Cholesterien
Ziffer 3563.H1	GOÄ	HDL-Cholesterien
Ziffer 3562.H1	GOÄ	Cholesterien
Ziffer 3585.H1	GOÄ	Kreatinin
Ziffer 3584.H1	GOÄ	Harnstoff
Ziffer 3583.H1	GOÄ	Harnsäure
Ziffer 3594.H1	GOÄ	GOT, ASAT, AST
Ziffer 3595.H1	GOÄ	GPT, ALAT, ALT
Ziffer 3592.H1	GOÄ	Gamma-GT
Ziffer 3652	GOÄ	Streifentest im Urin
Ziffer 3736a	GOÄ	Hämoglobin im Stuhl
Ziffer 4030	GOÄ	TSH

3. Hautkrebs-Früherkennung

Ziffer 1	GOÄ	Beratung
Ziffer 7	GOÄ	Vollständige körperliche Untersuchung des gesamten Hautorgans
Ziffer 750	GOÄ	Auflichtmikroskop der Haut
Ziffer 612A	GOÄ	Videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen

4. Krebsvorsorge Mann

Ziffer 28	GOÄ	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 250	GOÄ	Blutentnahme
Ziffer 403	GOÄ	Transrektale Untersuchung
Ziffer 410	GOÄ	Ultraschalluntersuchung eines Organs
Ziffer 420	GOÄ	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 3908H	GOÄ	Prostataspezifisches Antigen (PSA)

5. Krebsvorsorge Frau

Ziffer 27	GOÄ	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 403	GOÄ	Zuschlag transkavitär
Ziffer 418	GOÄ	Sonographie Brustdrüse
Ziffer 420	GOÄ	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 1070	GOÄ	Kolposkopie
Ziffer 3509	GOÄ	Mikroskopische Untersuchung
Ziffer 4850	GOÄ	Funktionszytologie
Ziffer 4851	GOÄ	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik

6. Mammographie

Ziffer 1	GOÄ	Beratung
Ziffer 5266	GOÄ	Mammographie einer Seite
Ziffer 5298	GOÄ	Zuschlag
Ziffer 60	GOÄ	konsiliarische Erörterung

7. Darmkrebsvorsorge

Ziffer 1	GOÄ	Beratung
Ziffer 7	GOÄ	Untersuchung eines Organsystem
Ziffer 11	GOÄ	Digitaluntersuchung des Mastdarms
Ziffer 250	GOÄ	Blutentnahme
Ziffer 451	GOÄ	Intravenöse Narkose
Ziffer 602	GOÄ	Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 687	GOÄ	Hohe Koloskopie einschließlich Probeexzision / Probepunktion
Ziffer 705	GOÄ	Proktoskopie
Ziffer 3605	GOÄ	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)
Ziffer 3607	GOÄ	Thromboplastinzeit (Quick)

8. Augenärztliche Vorsorge

Ziffer 1	GOÄ	Beratung
Ziffer 1201	GOÄ	Subjektive Refraktionsbestimmung
Ziffer 1202	GOÄ	Objektive Refraktionsbestimmung
Ziffer 1240	GOÄ	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte
Ziffer 1242	GOÄ	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie
Ziffer 1256	GOÄ	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers

9. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind

Ziffer 25	GOÄ	Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach der Geburt

U2:	3. - 10.	Lebenstag
U3:	4. - 5.	Lebenswoche
U4:	3. - 4.	Lebensmonat
U5:	6. - 7.	Lebensmonat
U6:	10. - 12.	Lebensmonat
U7:	21. - 24.	Lebensmonat
U7a:	34. - 36.	Lebensmonat
U8:	46. - 48.	Lebensmonat
U9:	60. - 64.	Lebensmonat
U10:	8. - 9.	Lebensjahr (Alter des Kindes 7 - 8 Jahre)
U11:	10. - 11.	Lebensjahr (Alter des Kindes 9 - 10 Jahre)
J1:	13. - 15.	Lebensjahr (Alter des Kindes 12 - 14 Jahre)
J2:	17. - 18.	Lebensjahr (Alter des Kindes 16 - 17 Jahre)

Für die aufgeführten Kinderuntersuchungen erkennen wir folgende Ziffern an:

Ziffer:	26	GOÄ	Untersuchung zur Früherkennung Krankheiten bei Kindern
Ziffer	413	GOÄ	Hüftscreening im Rahmen der U3
Ziffer	602	GOÄ	Oxymetrische Untersuchung im Rahmen der U2
Ziffer	714	GOÄ	Neurokinesiologische Diagnostik im Rahmen der U2 bis U9
Ziffer	716	GOÄ	funktionelle Entwicklung im Rahmen der U3 bis U9
Ziffer	717	GOÄ	funktionelle Entwicklung im Rahmen der U3 bis U9
Ziffer	718	GOÄ	funktionelle Entwicklung (Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummer 716 und 717) im Rahmen der U3 bis U9
Ziffer	1216	GOÄ	Sehtest im Rahmen der U3 bis U9
Ziffer	1228	GOÄ	Farbsinnprüfung Rahmen der U8 und U9
Ziffer	1406	GOÄ	Kinderaudiometrie Rahmen der U8 und U9
Ziffer	1409	GOÄ	Messung otoakustischer Emissionen im Rahmen der U2
Ziffer	3511	GOÄ	Untersuchung eines Körpermaterials im Rahmen der U8 und U9

Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung

1. Versicherungsfähigkeit
Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitVARIO vereinbart werden. Versicherungsfähig sind:

a) Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
b) nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner der nach a) versicherten Personen
c) nach Beendigung der Ausbildung vorübergehend arbeitslose Personen, die beim Versicherer bereits bisher nach Besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung versichert waren.

Die Besonderen Bedingungen können ab Beginn des Kalenderjahres vereinbart werden, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.
Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.
Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitzuteilen

2. Ende der Besonderen Bedingungen
Die Besonderen Bedingungen entfallen für:
Personen nach Buchstabe a):

- mit Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird
- zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe b):

- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit
- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners
- zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe c):

- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit
- nach maximal achtzehn Monaten
- zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Bei Entfallen der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GesundheitVARIO weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Beiträge
Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richtet sich der Beitrag nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 35. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 20 - 24, 25 - 29, 30 - 34 bzw. 35 - 39 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychotherapeuten