

Fragen und Antworten zu den Tarifen der Produktlinie „privat-SI“

Für die in dieser FAQ getätigten Leistungsaussagen gelten immer die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist bei der beitragsfreien Kindernachversicherung (KNV) im Tarif EXKLUSIV-SI zu beachten?
2. Was ist bei der Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld in den Tarifen KOMFORT-SI und EXKLUSIV-SI zu beachten?
3. Wie hoch sind BRE und Bonusleistungen bei tariflichen Beitragsfreistellungen?
4. Wie hoch sind BEG-Faktoren bei den einzelnen Tarifen?
5. Wie viele Optionrechte gibt es in den privat-SI-Tarifen?
6. Welche Unterbrechungstatbestände gibt es im Rahmen der zeitpunktbezogenen Optionsrechte?
7. In welche Tarife kann zu den Optionszeitpunkten nach 3, 5 und 7 Jahren umgestellt werden?
8. Kann das Optionsrecht auch zur Reduzierung von Selbstbehalten genutzt werden?
9. Was ist bei Tieferstufungen innerhalb der Produktlinie privat-SI zu beachten?
10. Ein bereits pflegebedürftiger Kunde nutzt das Optionsrecht aus einem Tarif der Produktlinie privat-SI in den EXKLUSIV-SI.
11. Sind bei Nutzung des Optionsrechtes Mehrleistungen aus dem Zieltarif auch bei bereits laufenden Versicherungsfällen eingeschlossen?
12. Wird bei Umstellung per Optionsrecht die Vertragslaufzeit des Ausgangstarifs auf mögliche Wartezeiten angerechnet?
13. Werden bei Umstellung per Optionsrecht im Ausgangstarif bereits zurückgelegte Zeiten auf summenmäßige Begrenzungen des Zieltarifs (z. B. Zahnhöchstsätze) angerechnet?
14. Gilt das einmalige Tieferstufungsrecht in den Tarifen EXKLUSIV-SI und KOMFORT-SI je versicherter SB-Stufe?
15. Wann und wie kann das einmalige Tieferstufungsrecht in den Tarifen EXKLUSIV-SI und KOMFORT-SI genutzt werden?
16. Kann der Kunde auch vor Ablauf von 6 Monaten in den Ursprungstarif zurückwechseln?
17. In welche Tarife kann das einmalige Tieferstufungsrecht mit Rückkehroption von EXKLUSIV-SI erfolgen?
18. In welchen Tarif kann das einmalige Tieferstufungsrecht mit Rückkehroption von KOMFORT-SI erfolgen?
19. Muss bei künftigen Optionszeitpunkten in der bisherigen Produktlinie privat in die neue Produktlinie umgestellt werden?
20. Kann von der bisherigen Produktlinie privat zum Optionszeitpunkt in die neue Produktlinie umgestellt werden?
21. Sind Vorsorgeuntersuchungen neutral für die Auszahlung von BRE und Boni und fallen ebenfalls nicht in den SB?
22. Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Einreichung von Rechnungen für Vorsorgeuntersuchungen?
23. Wie kann der Verhaltensbonus beantragt werden?
24. Sind die neuen privat-SI-Tarife über das AVUS-UFO berechenbar?
25. Gibt es in der neuen Produktlinie privatSI Beitragszuschläge für Sehhilfen und fehlende Zähne?
26. Reichen die ambulanten und stationären Kurleistungen der privat-SI-Tarife für eine medizinischen Reha-Maßnahme?

Lexikon mit den wichtigsten Leistungsbegriffen in den privat-SI-Tarifen

9

Vorbemerkungen

Seit dem 16.09.2025 (PDC-Release) sind die KV-Volltarife der Produktlinie „privat-SI“ verkaufbar. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn für die neuen KV-Volltarife ist der 01.10.2025.

1. Was ist bei der beitragsfreien Kindernachversicherung (KNV) im Tarif EXKLUSIV-SI zu beachten?

Um Ausnutzungen zu vermeiden, ist Voraussetzung für die beitragsfreie KNV, dass der Elternteil mindestens 12 Monate ununterbrochen vor Geburt des Kindes im Tarif EXKLUSIV-SI versichert war.

AWV: Zeiten der Anwartschaft werden bei der Erfüllung der Mindestlaufzeit nicht berücksichtigt

Tieferstufungsoption: Ein Tarifwechsel ist auch im Rahmen der Wahrnehmung des Tieferstufungsrechtes mit Rückkehroption für die Erfüllung der ununterbrochenen Mindestlaufzeit schädlich.

R-Tarif: Die Führung des Tarifes mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeit ist bei der Erfüllung der Mindestlaufzeit unschädlich.

Ist diese Vorversicherungszeit des Elternteils erfüllt, wird der EXKLUSIV-SI des Kindes für den Geburtsmonat und die darauffolgenden 5 Monate beitragsfrei geführt.

Beispiel für EXKLUSIV-SI 0:

Vater ist im EXKLUSIV-SI 1 seit dem 01.11.2025 versichert
Kind wird am 13.04.2027 geboren
Für den EXKLUSIV-SI 0 des Kindes sind vom 13.04.2027 bis zum 30.09.2027 keine Beiträge zu zahlen.

Grundsätzlich ist es so, dass die Kindernachversicherung im Tarif des versicherten Elternteils erfolgt. Positiv bei SIGNAL IDUNA: Das Kind kann auch in einen Tarif mit einem niedrigeren Selbstbehalt als der Elternteil nachversichert werden. Das ist auch in der Produktlinie privat-SI möglich. Beim Tarif EXKLUSIV-SI ist jedoch eine wichtige Besonderheit zu beachten. Die **beitragsfreie** Kindernachversicherung ist **nur in derselben SB-Stufe** möglich. Ist der Elternteil beispielsweise im Tarif EXKLUSIV-SI 1 versichert, ist die KNV des Kindes nur im Tarif EXKLUSIV-SI 1 möglich, wenn die Beitragsbefreiung genutzt werden soll. Die KNV in den Tarif EXKLUSIV-SI 0 wäre auch möglich. Dann müsste jedoch von Anfang an für das Kind ein Beitrag gezahlt werden – die Beitragsfreistellung wäre in dem Fall nicht möglich.

Hinweis zur Antragstellung:

Die Dokumentierung der beitragsfreien Kindernachversicherung erfolgt bei Vorliegen aller Voraussetzungen automatisch und muss nicht gesondert beantragt werden.

Auch das Ende der Beitragsfreiheit erfolgt zum gegebenen Zeitpunkt im Rahmen einer maschinellen Aktion.

Besonderheit SIGNAL IDUNA

Nach § 198 Abs. 1 VVG haben die Eltern 2 Monate nach dem Tag der Geburt Zeit, um die Kindernachversicherung anzuzeigen. Diese Frist wurde zum Vorteil unserer Kunden generell auf **6 Monate** ausgedehnt. Diese Besonderstellung gilt in sämtlichen Tarifen!

2. Was ist bei der Beitragsbefreiung bei Elternzeit bzw. bei Bezug von Elterngeld in den Tarifen KOMFORT-SI und EXKLUSIV-SI zu beachten?

Um Ausnutzungen zu vermeiden, ist Voraussetzung für diese Beitragsbefreiung, dass der versicherte Elternteil zu Beginn des Elterngeldbezuges mindestens 12 Monate ununterbrochen vor Geburt des Kindes in den Tarifen KOMFORT-SI bzw. EXKLUSIV-SI versichert war.

AWV: Zeiten der **Anwartschaft** werden bei der Erfüllung der Mindestlaufzeit nicht berücksichtigt.

Tieferstufungsoption: Ein Tarifwechsel ist im Rahmen der Wahrnehmung des Tieferstufungsrechtes mit Rückkehroption ist für die Erfüllung der ununterbrochenen Mindestlaufzeit unschädlich.

R-Tarif: Die Führung des Tarifes mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeit sind bei der Erfüllung der Mindestlaufzeit unschädlich.

Vorversicherungszeiten aus anderen Tarifen, die eine Befreiungsmöglichkeit aus diesem Grund vorsehen, können ebenfalls angerechnet werden (z. B. Tarif Prime).

Ist die Vorversicherungszeit des Elternteils erfüllt und es wird Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) gezahlt, entfällt die

Beitragspflicht ab dem ersten vollen Monat (1. des Monats) für maximal 6 Monate.

Der Bezug des Elterngeldes ist durch den Elterngeldbescheid nachzuweisen.

Der Anspruch besteht für jedes Kind (ausgenommen Mehrlingsgeburten).

Hinweise Beitragsentlastungstarif

Sollte innerhalb der Krankenversicherung auch ein Tarif BE-SI oder peB abgesichert sein, kann dieser ebenfalls auf Antrag beitragsfrei gestellt werden. Ansonsten erfolgt eine unveränderte Fortführung.

Hinweis bei Überschreiten der Einkommensgrenze

Besteht für die versicherte Person ein Anspruch auf Elternzeit und das Elterngeld wurde aufgrund der Einkommenshöhe abgelehnt (§1 Abs. 8 BEEG), kann dennoch eine Beitragsbefreiung erfolgen, wenn eine Bestätigung der Elternzeitnahme über den Arbeitgeber vorliegt.

Für Selbstständige ist diese Möglichkeit jedoch nicht gegeben, da kein Anspruch auf Elternzeit besteht.

Ende der Beitragsfreiheit

Das Ende der Beitragsbefreiung erfolgt zum gegebenen Zeitpunkt im Rahmen einer maschinellen Aktion.

3. Wie hoch sind BRE und Bonusleistungen bei tariflichen Beitragsfreistellungen?

In den Tarifen KOMFORT-SI und EXKLUSIV-SI gibt es anlassbezogene Beitragsbefreiungsmöglichkeiten (z. B. bei Elterngeldbezug oder Pflegebedürftigkeit). Wird für das Jahr, in dem die Beitragsfreistellung erfolgt eine BRE bzw. Bonusleistung gezahlt, wird die Leistung anteilig erbracht. Das heißt, es wird nur für die Monate geleistet, für die tatsächlich auch Beiträge gezahlt worden sind.

Beispiel im EXKLUSIV-SI:

BRE-Anspruch: 1.400 €

Gesundheitsbonus: 900 €

Beitragsfreiheit aufgrund Elterngeldbezug vom 01.11.2026 bis 30.04.2027.

2026	$1.400 \text{ €} \times 10/12 = 1.166,67 \text{ €}$ $900 \text{ €} \times 10/12 = 750,00 \text{ €}$
2027	$1.400 \text{ €} \times 8/12 = 933,33 \text{ €}$ $900 \text{ €} \times 8/12 = 600,00 \text{ €}$

4. Wie hoch sind BEG-Faktoren bei den einzelnen Tarifen?

START-SI 82,60 %

KOMFORT-SI 79,59 %

EXKLUSIV-SI 79,59 %

Es werden für die BEG-Meldung nur tatsächlich gezahlte Beiträge berücksichtigt. Beitragsfreie Zeiten in den Tarifen werden analog zur Frage 3 nicht gemeldet.

5. Wie viele Optionrechte gibt es in den privat-SI-Tarifen?

Es gibt für die Höherversicherung je Tarif drei (!) zeitpunktbezogene Optionsmöglichkeiten. **Wichtig:** Wie in der Produktlinie privat gelten diese je Tarif und NICHT je Selbstbehaltsstufe. Diese betragen 36 Monate (3 Jahre), 60 Monate (5 Jahre) und 84 Monate (7 Jahre) und werden ab dem erstmaligen Beginn in START-SI, in den KOMFORT-SI-Tarifen und den EXKLUSIV-SI-Tarifen gezählt.

Erstmaliger Beginn in diesen Tarifen	Optionszeitpunkte
START-SI	3, 5 und 7 Jahre
KOMFORT-SI 0 KOMFORT-SI 1 KOMFORT-SI 2	3, 5 und 7 Jahre
EXKLUSIV-SI 0 EXKLUSIV-SI 1 EXKLUSIV-SI 2	3, 5 und 7 Jahre

Beispiel: Kunde ist in KOMFORT-SI 1 versichert. Nach 3 Jahren nimmt er das Optionsrecht wahr und wechselt in den Tarif EXKLUSIV-SI 1. Im EXKLUSIV-SI 1 wechselt er nach 3 Jahren in Tarif KOMFORT-SI 0. Da der erstmalige Beginn in den KOMFORT-SI-Tarifen bereits 6 Jahre zurückliegt, hat er im KOMFORT-SI 0 lediglich noch einen Optionszeitpunkt. Er könnte nach 1 Jahr wieder zurück in einen EXKLUSIV-SI-Tarif wechseln, weil dann insgesamt 7 Jahre seit dem erstmaligen KOMFORT-SI-Beginn vergangen sind.

6. Welche Unterbrechungstatbestände gibt es im Rahmen der zeitpunktbezogenen Optionsrechte?

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (R-Tarif) oder in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich dann um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen entsprechend verlängern.

Das Optionsrecht wird während der Zeit der einmalig temporären Tieferstufung mit Rückkehroption nicht unterbrochen.

7. In welche Tarife kann zu den Optionszeitpunkten nach 3, 5 und 7 Jahren umgestellt werden?

Aus START-SI kann maximal in KOMFORT-SI bzw. in einen Tarif gewechselt, der im stationären Bereich höchstens das 2-Bettzimmer vorsieht. Ansonsten kann aus KOMFORT-SI bzw. EXKLUSIV-SI zum Optionszeitpunkt in jeden Tarif der Produktlinie privat-SI umgestellt werden. Da wo es sinnvoll und bedarfsgerecht ist, wären auch andere Tarife als Zieltarife denkbar – z. B. aus EXKLUSIV-SI in den Tarif Prime.

8. Kann das Optionsrecht auch zur Reduzierung von Selbstbehalten genutzt werden?

Ja. Im Rahmen des Optionsrechtes ist es möglich, in den Tarif mit einer geringeren SB-Stufe zu wechseln (hier: EXKLUSIV-SI 1 in EXKLUSIV-SI 0).

Gemäß BGH-Urteil stellt die Reduzierung des Selbstbehaltes eine Mehrleistung dar. Daher wird die Voraussetzung „leistungsstärkerer Tarif“ erfüllt.

Wenn das Optionsrecht erstmals nach 36 Monaten (3 Jahre) genutzt wird, um einen Selbstbehalt zu reduzieren, z. B. EXKLUSIV-SI 1 nach EXKLUSIV-SI 0, dann bestehen im EXKLUSIV-SI 0 noch die „restlichen“ Optionszeitpunkte nach 24 und 48 Monate (gerechnet vom erstmaligen Beginn in EXKLUSIV-SI 1 also nach 5 und 7 Jahren).

9. Was ist bei Tieferstufungen innerhalb der Produktlinie privat-SI zu beachten?

Jeder Tarif der Produktlinie privat-SI beinhaltet 3 Optionsrechte. Grundsätzlich stellt bei einer Umstellung,

egal ob Höher- oder Tieferstufung, das Optionsrecht eine Mehrleistung dar. Aus diesem Grund kann es auch bei einer Tieferstufung zu einer Risikoprüfung und damit auch zu einem Leistungsausschluss kommen.

Folgende Fälle sind unterscheiden:

a. Es besteht noch ein Optionsrecht (≤ 7 Jahre):

Eine reine Tieferstufung innerhalb der Produktlinie privat-SI unterliegt keiner Risikoprüfung, solange noch ein Optionsrecht im bisher versicherten Tarif besteht (erstmaliger Tarifbeginn liegt nicht mehr als 84 Monate zurück)

b. Es besteht kein Optionsrecht mehr (> 7 Jahre):

Nach 84 Monaten sehen die Tarife kein Optionsrecht mehr vor, weshalb dann eine Tieferstufung dann der Risikoprüfung unterliegt (neues Optionsrecht = Mehrleistung).

10. Ein bereits pflegebedürftiger Kunde nutzt das Optionsrecht aus einem Tarif der Produktlinie privat-SI in den EXKLUSIV-SI.

Tritt im EXKLUSIV-SI dann ab Umstellung Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreiheit aufgrund der bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit ein?

Nein.

Voraussetzung für die Reduzierung bzw. Befreiung der Beiträge ist der Eintritt der Pflegebedürftigkeit während der Versicherung im Tarif EXKLUSIV-SI. In einem solchen Fall sind die Beiträge auch bei Pflegebedürftigkeit weiterzuzahlen. Rechtsgrundlage AVB (III)

Beitragsbefreiung

„Wird die bereits mindestens 60 Monate nach einem der EXKLUSIV-SI Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI, so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-SI-Tarifen für diese Person ab Beginn des ersten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn und solange die Einstufung in den Pflegegrad 5 erfolgt. Die Einstufung ist nachzuweisen.“

Beitragsreduzierung

„Eine Beitragsreduzierung in Höhe von 50 Prozent hingegen erfolgt für die bereits mindestens 60 Monate in einem

der EXKLUSIV-SI-Tarife versicherte Person ab Beginn des ersten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung der versicherten Person in den Pflegegrad 4 erfolgt. Wird eine Herabstufung von Pflegegrad 5 in Pflegegrad 4 vorgenommen, beginnt die Beitragsreduzierung mit Ende der Beitragsbefreiung nach Abschnitt E 1. "

11. Sind bei Nutzung des Optionsrechtes Mehrleistungen aus dem Zieltarif auch bei bereits laufenden Versicherungsfällen eingeschlossen?

Ja. Optionsrechte schließen bei Ausübung und Wechsel in einen höheren Tarif auch bei laufenden Versicherungsfällen die Mehrleistungen ein.

12. Wird bei Umstellung per Optionsrecht die Vertragslaufzeit des Ausgangstarifs auf mögliche Wartezeiten im Zieltarif angerechnet?

Ja.

13. Werden bei Umstellung per Optionsrecht im Ausgangstarif bereits zurückgelegte Zeiten auf summenmäßige Begrenzungen des Zieltarifs (z. B. Zahnhöchstsätze) angerechnet?

Ja.

14. Gilt das einmalige Tieferstufungsrecht in den Tarifen EXKLUSIV-SI und KOMFORT-SI je versicherter SB-Stufe?

Nein, das einmalige Tieferstufungsrecht kann innerhalb eines versicherten KOMFORT-SI-Tarifs und EXKLUSIV-SI-Tarifs ausgeübt werden und gilt nicht pro SB-Stufe.

Beispiel: Kunde ist im KOMFORT-SI 1 versichert und nimmt einmalig das 6-monatige Tieferstufungsrecht in Anspruch. Nach 2 Jahren wechselt er in den KOMFORT-SI 0. Im KOMFORT-SI 0 hat er dann kein erneutes Tieferstufungsrecht mehr.

15. Wann und wie kann das einmalige Tieferstufungsrecht in den Tarifen EXKLUSIV-SI und KOMFORT-SI genutzt werden?

Von dieser Möglichkeit kann der Kunde jederzeit Gebrauch machen, sofern insbesondere vorübergehende finanzielle Engpässe vorliegen. Nachweise hierfür sind nicht erforderlich. Bei Beantragung ist jedoch kenntlich zu machen, dass es sich um die Option zur befristeten Tieferstufung handelt, sodass der Vertrag entsprechend gekennzeichnet werden kann. Somit erfolgt nach 6 Monaten dann die automatische Rückumstellung in den Ausgangstarif.

16. Kann der Kunde auch vor Ablauf von 6 Monaten in den Ursprungstarif zurückwechseln?

Die temporäre Tieferstufung ist exakt auf genau 6 Monate festgelegt. Eine frühere Rückumstellung ist nicht innerhalb des Optionsrechtes ohne Risikoprüfung möglich.

17. In welche Tarife kann das einmalige Tieferstufungsrecht mit Rückkehroption von EXKLUSIV-SI erfolgen?

Das einmalige Tieferstufungsrecht von genau 6 Monaten in den EXKLUSIV-SI-Tarifen kann nur in Tarife der Produktlinie privat-SI erfolgen. Für diese temporäre Tieferstufung kommen also nur START-SI und KOMFORT-SI (mit gleichem oder höherem Selbstbehalt) infrage. Die Tieferstufung beginnt dabei nach Beantragung immer zum nächsten 1. des Folgemonats. Ab dann laufen auch die 6 Monate. Diese Option ist nicht möglich, sofern der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (R-Tarif) oder in Anwartschaft geführt wird.

18. In welchen Tarif kann das einmalige Tieferstufungsrecht mit Rückkehroption von KOMFORT-SI erfolgen?

Das einmalige Tieferstufungsrecht von genau 6 Monaten in den KOMFORT-SI-Tarifen kann nur in den Tarif START-SI der Produktlinie privat-SI erfolgen. Die Tieferstufung beginnt dabei nach Beantragung immer zum nächsten 1. des Folgemonats. Ab dann laufen auch die 6 Monate. Diese Option ist nicht möglich, sofern der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (R-Tarif) oder in Anwartschaft geführt wird.

19. Muss bei künftigen Optionszeitpunkten in der bisherigen Produktlinie privat in die neue Produktlinie umgestellt werden?

Nein!

Zwar heißt es in den bisherigen AVB der Produktlinie privat: „...in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.“

Dennoch bleibt es zukünftig weiterhin möglich, **innerhalb** der Produktlinie privat zu den Optionszeitpunkten umzustellen.

Beispiel: In 2 Jahren wird ein Kunde im Tarif KOMFORT-PLUS 1 angeschrieben und über seine Optionsmöglichkeit informiert. Es dann problemlos möglich in den Tarif EXKLUSIV-PLUS 1 umzustellen.

20. Kann von der bisherigen Produktlinie privat zum Optionszeitpunkt in die neue Produktlinie umgestellt werden?

Zu den Optionszeitpunkten in der bisherigen Produktlinie privat ist zuerst die Umstellung innerhalb der bisherigen Produktlinie privat mit dem Kunden zu besprechen. Das ist auch nach dem 01.10.2025 weiterhin möglich!

Und es ist auch möglich zu einem Optionszeitpunkt in die neue Produktlinie privat-SI umzustellen. Die Voraussetzungen für die Option sind in jedem Fall zu beachten.

21. Sind Vorsorgeuntersuchungen neutral für die Auszahlung von BRE und Boni und fallen ebenfalls nicht in den SB?

Wie in der Produktlinie privat sind auch in der neuen Produktlinie privat-SI (Tarife: KOMFORT-SI und EXKLUSIV-SI) Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe (inkl. PZR) neutral für die Auszahlung von BRE und Bonileistungen und sie fallen auch nicht in den absoluten Selbstbehalt.

Für die neue Produktlinie privat-SI gibt es hierfür keine Vorsorgegutscheine. In der bisherigen Produktlinie mit den Vorsorgegutscheinen durften für diese Neutralität nur bestimmte Vorsorgeuntersuchungen beansprucht werden (nach gesetzlich eingeführten Programmen).

Das ist in den neuen Tarifen KOMFORT-SI und EXKLUSIV-SI nicht mehr auf gesetzliche Vorsorgemaßnahmen

beschränkt. Dafür wurde in den beiden Tarifen ein Budget für die Gesundheitsvorsorge von 750 €/Kalenderjahr vorgesehen. Sämtliche tariflich erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen bleiben bis zu diesem Betrag in diesen Tarifen damit neutral.

Im Tarif START-SI gibt es kein Vorsorgebudget. Damit werden die dort erstattungsfähigen gezielten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen auf die Rückerstattungen angerechnet und sie fallen ebenfalls in den absoluten Selbstbehalt.

22. Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Einreichung von Rechnungen für Vorsorgeuntersuchungen?

Es gibt keine Besonderheiten. Die Rechnungen können über die üblichen Wege eingereicht werden:

Der einfachste Weg ist über die ["Meine SI Mobile App"](#). Dort werden die ausgeschöpften bzw. noch verfügbaren Budgets angezeigt. So weiß der Kunde, wann Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen oder Zahnprophylaxemaßnahmen nicht BRE-, Bonus- und SB-neutral sind.

Natürlich können Rechnungen weiterhin auf dem Postweg eingereicht werden.

23. Wie kann der Verhaltensbonus beantragt werden?

Die Beantragung auf Auszahlung des Verhaltensbonus für Versicherte des Tarifes EXKLUSIV-SI ist mit dem Formular 13957xx möglich.

24. Sind die neuen privat-SI-Tarife über das AVUS-UFO berechenbar?

Die neuen privat-SI-Tarife sind analog zur bisherigen Produktlinie aus „Alt-Tarifen“ nicht berechenbar, eine Umstellungsberechnung aus der privat-Serie ist jedoch möglich.

25. Gibt es in der neuen Produktlinie privatSI Beitragszuschläge für Sehhilfen und fehlende Zähne?

Nein. In der Produktlinie privat-SI gibt es weder für fehlende Zähne noch für Sehhilfen Beitragszuschläge.

Das ist eine Verbesserung zur bisherigen Produktlinie privat: dort gab es monatliche Beitragszuschläge von 5 € pro fehlenden Zahn bzw. 5 € für Sehhilfen (ab 8 Dioptrien 10 €).

Bei einer Umstellung aus Tarifen, die bisher einen Beitragszuschlag bzw. den dafür alternativen LAS (Sehhilfe) vorsehen, entfällt dieser im Rahmen des Tarifwechsels in privat-SI.

Bei einer erneuten Rückkehr in einen Tarif mit Zuschlagsregelung käme dieser aber wieder zum Tragen.

Achtung: Der Entfall des Beitragszuschlages für fehlende Zähne hat keine Auswirkung auf die Prüfung des Zahnrisikos und dem damit bekannten Bewertungsschema.

26. Reichen die ambulanten und stationären Kurleistungen der privat-SI-Tarife für eine medizinischen Reha-Maßnahme?

Die Produktlinie privat-SI sieht Leistungen für ambulante und stationäre Kuren vor. In START-SI und KOMFORT-SI gibt es jeweils 1.500 € und in EXKLUSIV-SI jeweils 2.500 € alle 3 Kalenderjahre für ambulante oder stationäre Kuren nach einer Wartezeit von 24 Monaten ab Tarifbeginn. Vorversicherungszeiten aus anderen privat-SI-Tarifen, die eine Kurleistung ebenfalls beinhalten, können hierbei angerechnet werden. Zu beachten ist, dass für Kuren insgesamt nur Leistungen aus den ambulanten Heilbehandlungen erstattungsfähig sind. Kosten für die Unterbringung bei stationären Kuren hingegen nicht. Es können somit weitere Eigenanteile verbleiben, sodass dazu ergänzend noch der Abschluss des Tarifes KurPLUS mit dem Kunden vereinbart werden kann.

Zur Vertiefung des Themas nachfolgend einige Ausführungen dazu.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Kur“?

Der Begriff „Kur“ wird heute in den relevanten gesetzlichen Vorschriften (z. B. im Sozialgesetzbuch - SGB) nicht mehr verwendet. Vielmehr werden folgende Maßnahmen unterschieden:

Medizinische Vorsorgeleistungen	Medizinische Leistungen (ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei, Verbänden, Heil- und Hilfsmitteln), die geeignet sind
--	---

	- einer Krankheit vorzubeugen, - Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	Die medizinische Rehabilitation versucht, einen die Teilhabe oder Erwerbsfähigkeit bedrohenden oder (z. B. durch Unfall) entstandenen Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu mildern oder Folgen zu beseitigen.
Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung	Besondere Form der medizinischen Rehabilitation, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.
Quelle: § 23, § 40 SGB V	

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff „Kur“ jedoch weiterverwendet. Daher findet sich dieser weiterhin im Produktnamen wieder. Der Zusatz „PLUS“ verdeutlicht, dass der Tarif mehr bietet als „Kuren“ (siehe oben aufgeführte Maßnahmen).

Wer sind die Leistungserbringer nach SGB?

Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung, Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder

Medizinische Vorsorgeleistungen können von folgenden Kostenträgern erbracht werden:

- gesetzliche Rentenversicherung (GRV)
- gesetzliche Krankenkassen (GKV)
- gesetzliche Unfallversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger der Sozialhilfe

In den meisten Fällen sind entweder die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung zuständig.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung richtet sich insbesondere an rentenversicherungspflichtige Erwerbstätige und erbringt Leistungen im Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Hier gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“. Generell ist bei Rehabilitationsmaßnahmen mit folgenden Eigenbeteiligungen zu rechnen:

Eigenbeteiligungen	
stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	max. 10 € pro Tag für max. 42 Tage (einkommensabhängig)
Anschlussheilbehandlung	max. 10 € pro Tag für max. 14 Tage (einkommensabhängig)
ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	keine Selbstbeteiligung, allerdings fallen Unterkunftskosten an

Gesetzliche Krankenversicherung

Leistungsempfänger der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Wesentlichen GKV-Versicherte Rentner, nicht berufstätige Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Die Leistung bezieht sich auf ambulante und stationäre Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen. Auch hier muss der Patient mit Eigenbeteiligungen rechnen:

Eigenbeteiligungen	
Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10 € pro Tag (§40 Abs. 5 SGB V)
Anschlussheilbehandlung	10 € pro Tag für max. 28 Tage
ambulante Vorsorgemaßnahmen	• Arzneimittel: 10 % (mind. 5 €, max. 10 €) • Verbandmittel: 10 % (mind. 5 € max. 10 €) • Hilfsmittel: 10 % (mind. 5 € max. 10 €)

	• Heilmittel: 10 % + 10 € je Verordnung • Unterkunftskosten
stationäre Vorsorgemaßnahmen	10 € pro Tag

Welche Leistungen sieht die PKV vor?

Grundsätzlich übernimmt die PKV die Kosten für die medizinische Heilbehandlung einer Akuterkrankung. Die vorgenannten Maßnahmen gehen darüber hinaus und werden typischerweise vorbeugend oder im Anschluss an die akute Phase einer Krankheit eingesetzt.

Innerhalb der PKV gibt es den Leistungsausschluss gemäß **§ 5 Abs. 1 d) Teil I MB/KK:**

„Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;“

In **§ 5 Abs. 1 Teil II MB/KK** wird der Leistungsausschluss durch die Anschlussheilbehandlung (AHB) ergänzt:

„Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die Anschlussheilbehandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.“

Die PKV gehört kraft Gesetzes nicht zu den Trägern von Rehabilitationsmaßnahmen. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen Leistung für Anschlussheilbehandlungen aus der Voll- bzw. stationären Zusatzversicherung. Für weitergehende Leistungen gibt es die Kurleistungen in den privat-SI-Tarifen sowie darüber hinaus im Tarif KurPLUS.

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
Hybrid DRG Quelle: AVB Teil III	Für eine Auswahl von Eingriffen und Operationen, die bislang überwiegend stationär erfolgen, gibt es seit 1. Januar 2024 eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRG. Diese Fallpauschalen werden unabhängig davon gezahlt, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Das DRG-System ist ein pauschalisierendes Abrechnungssystem, bei dem stationäre Krankenhausbehandlungen weitestgehend unabhängig von der Verweildauer des Patienten über Fallpauschalen abgerechnet werden. "DRG" steht dabei für "Diagnosis-Related Groups" (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen).	
Präventionskurse	§ 4 MB/KK Teil II (1) Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, zahlt der Versicherer in einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) auch für Präventionskurse einen Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der tariflichen Leistung, wenn dem Versicherer ein Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten vorgelegt und vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigt wird. Die Anzahl der durch eine versicherte Person in Anspruch genommenen Präventionskurse ist auf einen Präventionskurs pro Jahr beschränkt. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Für noch nicht zurückgelegte Maßnahmen und Maßnahmen vor Versicherungsbeginn wird kein Kostenzuschuss geleistet. Eingereichte Kostennachweise müssen daher den Zeitraum enthalten, auf den sie sich beziehen.	
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	§ 4 MB/KK Teil II (2) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) leistet der Versicherer im tariflichen Umfang auch für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien. Sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder – die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder – die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn die digitale Gesundheitsanwendung im Verzeichnis des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) enthalten ist und a) von einem der in § 4 Abs. 2 Teil I genannten Behandelnden oder einem Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) indikationsbezogen verordnet wurde und die Verordnung dem Versicherer vorliegt oder b) der Versicherer die tariflichen Leistungen vor Beginn der Anwendung in Textform zugesagt hat.	

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist, ist in allen vorgenannten Fällen nachzuweisen. Bei Folgeverordnungen der gleichen digitalen Gesundheitsanwendung, für die dem Versicherer bereits eine Erstverordnung nach Buchstabe a) vorliegt, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu den im BfArM Verzeichnis aufgeführten Preisen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen. Hierzu zählen z.B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien.	
Hufelandverzeichnis	Viele Leistungen in der Alternativmedizin finden sich nicht im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) oder in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wieder. Für diese Leistungen dient das Hufelandverzeichnis als bewährte Orientierungshilfe zur (privatärztlichen) Abrechnung komplementärmedizinischer Leistungen. Der Inhalt des Hufeland-Leistungsverzeichnisses spiegelt die Vielfalt komplementär-medizinischer Verfahren: von der Naturheilkunde bis zur Homöopathie, von der Anthroposophischen Medizin über die Traditionellen Chinesischen Medizin bis hin zu den Bioelektrischen Verfahren. Übersichtlich in Tabellen sind die den Verfahren und Therapien empfohlenen zugeordneten Ziffern bzw. Analog-Abrechnungen dargestellt. Orientierungshilfe Außer der Homöopathie sind nur wenige diagnostische und therapeutische Leistungen der Komplementärmedizin in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgebildet. In der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) finden sich solche gar nicht.	1. Akupunktur: Eine traditionelle chinesische Heilmethode, bei der feine Nadeln in spezifische Punkte des Körpers gestochen werden, um Schmerzen zu lindern und das Gleichgewicht im Körper wiederherzustellen. 2. Homöopathie: Ein alternativmedizinisches Verfahren, das auf dem Prinzip "Ähnliches mit Ähnlichem heilen" basiert und stark verdünnte Substanzen verwendet, um die Selbstheilungskräfte des Körpers zu aktivieren. Diese Beispiele zeigen die Vielfalt der im Hufelandverzeichnis aufgeführten Verfahren und deren Anwendungsmöglichkeiten in der naturheilkundlichen und komplementären Medizin.
Teilheilpraktiker	Die Ausübung des Heilpraktikerberufs ist durch zahlreiche Gesetze geregelt. Viele Tätigkeiten unterliegen dem sogenannten Arztvorbehalt und sind deshalb den Heilpraktikern verboten. Die uneingeschränkte Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz reglementiert jedoch nicht die Art, in der eine Therapie zu erfolgen hat – solange diese nicht durch ein Gesetz (z. B. Arzneimittelgesetz, Zahnheilkundengesetz usw.) verboten ist. Jeder Heilpraktiker mit uneingeschränkter Heilerlaubnis darf beispielsweise auch die Psychotherapie, die Physiotherapie oder die Osteopathie ausüben oder Erkrankungen der Füße podologisch behandeln – vorausgesetzt, dass die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten vorliegen.	
Stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V	Gemäß § 115 b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) jährlich einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) regelt die Grundsätze der Abrechnung.	
Pränataldiagnostik	Pränataldiagnostik (PND) bedeutet „vorgeburtliche Diagnostik“. Unter diesem Begriff werden Tests zusammengefasst, die gezielt nach	

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	Hinweisen auf Fehlbildungen oder genetische Abweichungen beim ungeborenen Kind suchen.	
HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)	Mit der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zum 1. September 2019 haben Menschen mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko einen gesetzlichen Anspruch auf ärztliche Beratung, Untersuchung und Arzneimittel zur Vorsorge. Seit Beginn der Einführung der GKV-PrEP ist die Anzahl der PrEP-Nutzenden nahezu kontinuierlich angestiegen. Ende 2023 gab es schätzungsweise rund 40.000 PrEP-Nutzenden in Deutschland. Das Bundesministerium für Gesundheit hat durch eine am Robert Koch-Institut durchgeführte Studie die Wirkung der PrEP evaluiert und finanziert derzeit den Aufbau und die Etablierung einer langfristigen Surveillance der Versorgung mit der HIV-PrEP in Deutschland (PrEP-Surv). Die Daten deuten auf eine Wirksamkeit der PrEP bei der Vermeidung von HIV-Infektionen hin. Das Robert Koch-Institut stellt hierzu weitergehende Informationen auf seinen Internetseiten zur Verfügung. Auch Daten aus Ländern, in denen die PrEP seit Jahren als ergänzender Baustein in der Prävention eingesetzt wird, haben bereits nachgewiesen, dass die Zahl der Neuinfektionen deutlich gesenkt werden konnte. In diesen Ländern ist die PrEP eingebunden in ein Beratungs- und ärztliches Versorgungssystem, erweiterte Testangebote, Selbsttests, frühzeitige Behandlung usw.	
Antikonzptionsmittel	Sammelbezeichnung für Mittel und Vorrichtungen zur Empfängnisverhütung. Eine Erstattung ist bei medizinischer Notwendigkeit je nach Tarifbedingungen möglich.	
Logopädie	Logopädie ist die Fachdisziplin, die Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Hörbeeinträchtigung zum Gegenstand hat. Sie beschäftigt sich mit Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, Lehre und Forschung auf den Gebieten der Stimme, Sprache, des Sprechens, Schluckens, deren jeweilige Störungen und Therapierung, sowie der Kommunikation und des Hörens.	Häufig angewandt bei Kindern mit Sprechstörungen, aber auch bei Erwachsenen beispielsweise nach einem Schlaganfall.
Ergotherapie	Die Ergotherapie ist eine Therapieform, die Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, um ihre täglichen Lebens- und Arbeitsfähigkeiten trotz krankheits-, verletzungs- oder behinderungsbedingter Einschränkungen zu erhalten oder zu verbessern. Sie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, um die Lebensqualität der Therapierten zu heben. Dabei berücksichtigt sie motorische, kognitive, sensorische und Alltagsfähigkeiten und beschäftigt sich auch mit der mentalen Gesundheit.	
Podologie	Der medizinische Bereich der Podologie konzentriert sich auf die Behandlung und Prävention von Fußproblemen, insbesondere bei Patienten mit chronischen Krankheiten wie Diabetes. Hier einige zentrale Aufgaben und Leistungen im medizinischen Bereich der Podologie: • Diabetische Fußpflege: Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Fußkomplikationen wie Geschwüre und Infektionen. Podologen bieten spezielle Pflege, um diese Risiken zu minimieren, darunter regelmäßige Inspektionen und Präventivmaßnahmen. • Behandlung von Fußulzera: Bei Patienten, die bereits Fußgeschwüre entwickelt haben, bietet der Podologe Wundversorgung und therapeutische Maßnahmen, um die Heilung zu fördern und Infektionen zu verhindern. • Orthonyxie: Die Korrektur eingewachsener Nägel mittels spezieller Techniken und Schienen, um Schmerzen zu lindern und zukünftige Probleme zu verhindern.	

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	• Orthopädische Einlagen: Anfertigung von maßgeschneiderten Einlagen zur Korrektur von Fußfehlstellungen und zur Linderung von Schmerzen, insbesondere bei orthopädischen Problemen. • Mykologische Behandlungen: Behandlung von Nagel- und Hautpilzkrankungen durch den Einsatz von antimykotischen Mitteln und speziellen Pflegeverfahren. • Wundmanagement: Fachgerechte Versorgung von Fußwunden, einschließlich Reinigung, Verbandwechsel und Anwendung von Heilmitteln, um die Genesung zu unterstützen. • Beratung und Aufklärung: Schulung der Patienten über die richtige Fußpflege und präventive Maßnahmen, um Fußprobleme zu vermeiden. Durch die enge Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachkräften tragen Podologen wesentlich zur ganzheitlichen Gesundheitsversorgung bei, insbesondere bei Risikopatienten. Sie helfen dabei, ernsthafte Komplikationen zu verhindern und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.	
Osteopathie	Osteopathie ist eine ganzheitliche Therapieform, die darauf abzielt, die natürlichen Heilungsprozesse des Körpers zu unterstützen. Sie basiert auf der Überzeugung, dass der Körper eine Einheit ist und dass verschiedene Systeme des Körpers miteinander verbunden sind. Die Hauptprinzipien der Osteopathie umfassen: • Struktur und Funktion: Osteopathen glauben, dass die Struktur des Körpers (Knochen, Muskeln, Gelenke) eng mit dessen Funktion (Bewegung, Durchblutung, Nervenleitung) verbunden ist. Eine Störung in der Struktur kann die Funktion beeinträchtigen und umgekehrt. • Selbstheilungskräfte des Körpers: Der Körper hat die Fähigkeit, sich selbst zu heilen und zu regulieren. Osteopathen versuchen, diese natürlichen Heilungsprozesse zu unterstützen, indem sie Hindernisse und Spannungen im Körper lösen. • Ganzheitlicher Ansatz: Osteopathen betrachten den Körper als eine Einheit und nehmen nicht nur den schmerzhaften Bereich, sondern den gesamten Körper und dessen Lebensweise in den Blick. Dies umfasst auch die emotionale und psychische Gesundheit des Patienten. • Manuelle Techniken: Osteopathen verwenden verschiedene manuelle Techniken, um Spannungen zu lösen, die Beweglichkeit zu verbessern und die Durchblutung zu fördern. Dies kann Massagen, Dehnungen und Gelenkmanipulationen umfassen. • Prävention und Beratung: Neben der Behandlung akuter Beschwerden legen Osteopathen großen Wert auf Prävention und Beratung, um zukünftige Probleme zu vermeiden. Dies kann Empfehlungen zu Haltung, Bewegung und Lebensstil umfassen. Osteopathie kann bei einer Vielzahl von Beschwerden eingesetzt werden, darunter Rückenschmerzen, Gelenkprobleme, Verdauungsstörungen und Kopfschmerzen. Sie wird oft als ergänzende Therapieform zu schulmedizinischen Behandlungen genutzt.	
Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V	Haushaltshilfe nach § 38 SGB V bezieht sich auf die Unterstützung, die gesetzlich Versicherte erhalten können, wenn sie aufgrund von Krankheit, Krankenhausaufenthalt oder anderen medizinischen Gründen ihren Haushalt nicht weiterführen können und ein Kind im Haushalt lebt, das noch keine 12 Jahre alt ist. Hier sind die wichtigsten Punkte: • Anspruchsvoraussetzungen: Versicherte haben Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistung,	Nach einer Operation: Frau Müller hat sich einer Knieoperation unterzogen und kann für einige Wochen ihren Haushalt nicht führen. Da sie zwei Kinder unter zwölf Jahren hat, beantragt sie Haushaltshilfe bei ihrer Krankenkasse. Die Krankenkasse stellt ihr eine Haushaltshilfe zur Verfügung, die sich um die Kinder und den Haushalt kümmert, bis Frau Müller wieder genesen ist.

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	häuslicher Krankenpflege oder medizinischer Rehabilitationsmaßnahme nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. • Dauer der Leistung: Der Anspruch besteht in der Regel für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert ist, verlängert sich der Anspruch auf bis zu 26 Wochen. • Kostenübernahme: Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen, werden die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe erstattet. Für Verwandte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet, jedoch können Fahrkosten und Verdienstausschlag erstattet werden, wenn dies in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst entstehenden Kosten steht.	Akute Verschlimmerung einer Krankheit: Herr Schmidt leidet an einer chronischen Erkrankung, die sich plötzlich verschlimmert hat. Er kann seinen Haushalt nicht weiterführen und hat keine Angehörigen, die ihm helfen können. Er beantragt Haushaltshilfe bei seiner Krankenkasse und erhält Unterstützung für die Dauer von vier Wochen, um die akute Phase zu überbrücken. Schwangerschaft und Entbindung: Frau Becker ist hochschwanger und hat Komplikationen, die es ihr unmöglich machen, den Haushalt zu führen. Nach der Geburt benötigt sie weiterhin Unterstützung, da sie sich von der Entbindung erholen muss. Die Krankenkasse bewilligt ihr Haushaltshilfe für die Zeit vor und nach der Geburt, um sicherzustellen, dass der Haushalt und die Betreuung ihrer Kinder gewährleistet sind.
Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und § 132 a SGB V Leistungsumfang	Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V bezieht sich auf die Pflege und Unterstützung, die gesetzlich Versicherte in ihrem eigenen Zuhause erhalten können, wenn eine Krankenhausbehandlung notwendig, aber nicht durchführbar ist, oder wenn durch die häusliche Krankenpflege eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Hier sind die wichtigsten Punkte: 1. Anspruchsvoraussetzungen: Versicherte haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sich durch die häusliche Krankenpflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen lässt. Dies gilt auch bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation². 2. Leistungsumfang: Die häusliche Krankenpflege umfasst die erforderliche Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege beinhaltet Tätigkeiten wie Körperpflege, Ernährung und Mobilitätshilfen. Behandlungspflege umfasst medizinische Maßnahmen wie Wundversorgung, Medikamentengabe und Injektionen. Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen und Reinigen. 3. Dauer der Leistung: Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht in der Regel für bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst festgestellt hat, dass dies erforderlich ist. Leistungsumfang der Krankenpflege: 1. Medikamentengabe: Verabreichung von verschriebenen Medikamenten, einschließlich Injektionen, Infusionen und Tabletten. 2. Wundversorgung: Fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Verbandwechsel von Wunden, einschließlich postoperativer Wunden und chronischer Wunden wie Druckgeschwüren. 3. Blutzuckermessung und Insulingabe: Überwachung und Kontrolle des Blutzuckerspiegels sowie Verabreichung von Insulin bei Patienten mit Diabetes.	Nach einer Operation: Herr Meier hat sich einer Hüftoperation unterzogen und kann sich für einige Wochen nicht selbst versorgen. Er erhält häusliche Krankenpflege, die ihm bei der Körperpflege, der Medikamentengabe und der hauswirtschaftlichen Versorgung hilft, bis er wieder selbstständig ist. Chronische Erkrankung: Frau Schmidt leidet an einer chronischen Herzinsuffizienz und benötigt regelmäßige medizinische Betreuung. Ein Pflegedienst kommt täglich zu ihr nach Hause, um ihre Vitalwerte zu überwachen, Medikamente zu verabreichen und sie bei der Körperpflege zu unterstützen. Akute Verschlimmerung einer Krankheit: Herr Müller hat eine schwere Lungenentzündung und kann das Bett nicht verlassen. Ein Pflegedienst übernimmt die Wundversorgung, die Verabreichung von Antibiotika und die hauswirtschaftliche Versorgung, um seine Genesung zu unterstützen und einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. 1. Diabetische Pflege: Frau Meyer, eine ältere Patientin mit Diabetes, erhält tägliche Besuche von einer Pflegekraft, die ihren Blutzuckerspiegel misst, Insulin injiziert und sie in der Selbstpflege schult. 2. Postoperative Pflege: Herr Schmidt wurde nach einer Bauchoperation aus dem Krankenhaus entlassen und benötigt Wundversorgung. Eine Pflegekraft kommt regelmäßig

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	4. Katheter- und Stomaversorgung: Pflege und Wechsel von Kathetern und Stomaversorgungen. 5. Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen: Hilfe beim An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen zur Förderung der Durchblutung und Prävention von Thrombosen. 6. Mobilisation: Unterstützung bei Bewegungsübungen und Mobilisation von bettlägerigen Patienten, um Muskelschwund und Komplikationen vorzubeugen.	vorbei, um die Wunde zu reinigen, zu desinfizieren und die Verbände zu wechseln, bis die Heilung abgeschlossen ist. 3. Chronische Wundversorgung: Frau Lehmann leidet unter chronischen Druckgeschwüren aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität. Ein Pflegedienst übernimmt die regelmäßige Wundversorgung, um Infektionen zu vermeiden und die Heilung zu unterstützen. Häusliche Behandlungspflege ermöglicht es Patienten, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, während sie notwendige medizinische Versorgung erhalten. Dies kann zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Förderung der Genesung beitragen.
Außerklinische Intensivpflege (§ 37c SGB V)	Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) hat der Gesetzgeber die außerklinische Intensivpflege aus den Regelungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V herausgelöst und in eine eigenständige Rechtsvorschrift überführt. Ziel ist es, die medizinisch-pflegerische Versorgung der Betroffenen zu verbessern und das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle besser auszuschöpfen sowie die Therapie zu optimieren. Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist, da aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar eintreten kann. Darüber hinaus besteht nur Anspruch, wenn Betroffene die Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege nicht selbst durchführen können. Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege, weil bei den Versicherten jederzeit lebensbedrohliche Komplikationen auftreten können. Zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gehören beispielweise: • die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen, • die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement, • das Sekretmanagement, • die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, • die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten, • die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern, • die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements. Die außerklinische Intensivpflege wird insbesondere im eigenen Haushalt, in von Leistungserbringern betriebenen Wohneinheiten, in	1. Langzeitbeatmung: Herr Müller, ein Patient mit einer schweren Lungenerkrankung, benötigt eine dauerhafte künstliche Beatmung. Ein Pflegedienst kommt täglich zu ihm nach Hause, um die Beatmungsgeräte zu überwachen, die Trachealkanüle zu pflegen und seine Vitalwerte zu kontrollieren. 2. Intensivpflege nach Unfall: Frau Schmidt hat nach einem schweren Verkehrsunfall multiple Verletzungen erlitten und benötigt intensive Pflege. Ein Team von Pflegefachkräften betreut sie zu Hause, überwacht ihre Genesung, führt Wundversorgungen durch und unterstützt sie bei der Mobilisation. 3. Palliativpflege: Herr Becker, ein Patient mit fortgeschrittenem Krebs, erhält außerklinische Intensivpflege, um seine Symptome zu lindern und seine Lebensqualität zu verbessern. Die Pflegekräfte überwachen seine Schmerztherapie, unterstützen ihn bei der Körperpflege und bieten emotionale Unterstützung für ihn und seine Familie. Diese Beispiele zeigen, wie außerklinische Intensivpflege dazu beitragen kann, schwerstkranken Menschen eine umfassende Betreuung in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht.	
Dialyse	Dialyse ist ein medizinisches Verfahren, das die Funktion der Nieren übernimmt, wenn diese nicht mehr in der Lage sind, das Blut ausreichend zu filtern und von Abfallstoffen und überschüssigem Wasser zu befreien. Dialyse ist lebenswichtig für Menschen mit schwerem Nierenversagen und ermöglicht es ihnen, trotz der eingeschränkten Nierenfunktion ein relativ normales Leben zu führen.	
Palliativversorgung	Palliativversorgung, auch Palliativpflege oder Palliativmedizin genannt, ist eine ganzheitliche Betreuung und Unterstützung von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Krankheiten. Das Ziel der Palliativversorgung ist es, die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien zu verbessern, indem Schmerzen und andere belastende Symptome gelindert werden. Hier sind die zentralen Aspekte der Palliativversorgung: 1. Symptomkontrolle: Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und anderen belastenden Symptomen durch medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen. 2. Ganzheitlicher Ansatz: Berücksichtigung der physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien. 3. Interdisziplinäres Team: Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte wie Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen und Seelsorger, um eine umfassende Betreuung zu gewährleisten. 4. Kommunikation und Entscheidungsfindung: Unterstützung bei der Kommunikation zwischen Patienten, Angehörigen und medizinischen Fachkräften sowie bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung und Pflege. 5. Unterstützung der Angehörigen: Beratung, Schulung und emotionale Unterstützung für Familienmitglieder, um ihnen zu helfen, mit der Situation umzugehen und die bestmögliche Pflege für den Patienten zu gewährleisten. 6. Hospizversorgung: Spezialisierte Palliativpflegeeinrichtungen, die eine intensive Betreuung und Unterstützung in der letzten Lebensphase bieten. Palliativversorgung kann in verschiedenen Settings erbracht werden, einschließlich zu Hause, in Pflegeheimen, in Hospizen und in Krankenhäusern. Sie richtet sich nicht nur an Krebspatienten, sondern auch an Menschen mit anderen schweren Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), neurologischen Erkrankungen und mehr. Der Fokus liegt darauf, das Leben so lebenswert wie möglich zu gestalten, Schmerzen und Leiden zu minimieren und den Patienten und ihren Familien in einer schwierigen Zeit beizustehen.	
Soziotherapie	Soziotherapie ist eine therapeutische Maßnahme, die darauf abzielt, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im sozialen Bereich zu unterstützen. Sie richtet sich besonders an Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung Schwierigkeiten haben, ihre sozialen Fähigkeiten und Kontakte aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Wichtige Ziele der Soziotherapie sind: • Förderung der Selbständigkeit: Hilfe zur Bewältigung des Alltags und Förderung der Selbstversorgung.	GKV-Versicherte haben seit 2000 Anspruch auf Soziotherapie. Gesetzliche Grundlage ist § 37a SGB V. Die Therapie umfasst max. 120 Std. innerhalb von 3 Jahren. In der GKV sind für die Soziotherapie Zuzahlungen zu leisten. Je Kalendertag der Inanspruchnahme 10 % je Anwendung (mind. 5 €, max. 10 €).

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	• Soziale Integration: Unterstützung beim Aufbau und der Pflege von sozialen Kontakten. • Teilnahme am gesellschaftlichen Leben: Ermöglichung und Förderung der Teilnahme an sozialen und kulturellen Aktivitäten. • Verbesserung der Lebensqualität: Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und Reduktion der Belastungen durch die psychische Erkrankung. Soziotherapie wird in der Regel von speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt und kann in unterschiedlichen Settings stattfinden, wie z.B. in der häuslichen Umgebung, in Tagesstätten oder in spezialisierten Einrichtungen.	Soziotherapie bei SIGNAL IDUNA sehen sämtliche Tarife der Produktlinie privat-SI vor. Die Leistungen orientieren sich an der GKV. Also auch hier für max. 120 Std. innerhalb von 3 Kalenderjahren. Zuzahlungen sind in den privat-SI-Tarifen nicht fällig.
Sozialpädiatrie und Frühförderung	Sozialpädiatrie und Frühförderung umfassen verschiedene Maßnahmen und Ansätze, die darauf abzielen, die Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern zu fördern, insbesondere von denen, die Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen haben. Sozialpädiatrie: • Diagnostik und Therapie: Erkennung und Behandlung von Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern. • Multidisziplinäre Zusammenarbeit: Einbeziehung von Fachleuten aus verschiedenen Bereichen wie Medizin, Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. • Beratung und Unterstützung: Unterstützung der Familien im Umgang mit den besonderen Bedürfnissen ihrer Kinder und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Leistungen. Frühförderung: • Früherkennung: Identifikation von Entwicklungsproblemen so früh wie möglich, meist im Säuglings- oder Kleinkindalter. • Individuelle Förderprogramme: Spezifische Maßnahmen zur Unterstützung der motorischen, kognitiven, sprachlichen und sozialen Entwicklung des Kindes. • Elternarbeit: Enge Zusammenarbeit mit den Eltern, um sie in ihrer Rolle als wichtigste Bezugspersonen und Förderer ihrer Kinder zu stärken. • Integration: Förderung der sozialen Eingliederung von Kindern mit Entwicklungsstörungen in Regelkindergärten und Schulen. Beide Bereiche arbeiten oft Hand in Hand, um eine ganzheitliche Betreuung und Förderung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten.	
Belegarzt	Ein Belegarzt ist ein niedergelassener Arzt, der nicht fest in einem Krankenhaus angestellt ist, aber berechtigt ist, seine eigenen Patienten in bestimmten Betten des Krankenhauses (sogenannte Belegbetten) zu behandeln. Diese Behandlung kann sowohl stationär als auch teilstationär erfolgen. Ein Belegarzt nutzt die Einrichtungen und Mittel des Krankenhauses, erhält jedoch keine Vergütung vom Krankenhaus selbst. Stattdessen rechnet er seine Leistungen entweder direkt mit den Patienten oder über die Krankenkassen ab. Belegärzte sind in verschiedenen Fachgebieten tätig, wie z.B. HNO, Orthopädie, Urologie, Augenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologie.	

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	Ein Vorteil für die Patienten ist, dass sie von einem vertrauten Arzt behandelt werden können, was unnötige Mehrfachuntersuchungen vermeidet und eine bessere Nachsorge ermöglicht.	
Übergangspflege im Krankenhaus	Übergangspflege im Krankenhaus ist eine spezielle Form der Pflege, die Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt unterstützt, wenn sie noch nicht bereit sind, nach Hause zu gehen, aber keine weitere stationäre Behandlung benötigen. Diese Pflegeform wurde 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführt und ist im § 39e SGB V geregelt. Die Übergangspflege umfasst: • Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln • Aktivierung der Patienten • Grund- und Behandlungspflege • Entlassmanagement • Unterkunft und Verpflegung • Erforderliche ärztliche Behandlung im Einzelfall Diese Pflege kann für maximal zehn Tage in Anspruch genommen werden und findet im Krankenhaus statt, in dem die ursprüngliche Behandlung erfolgte. Sie wird dann gewährt, wenn häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege oder medizinische Rehabilitation nicht oder nur unter erheblichem Aufwand möglich sind	
Hospizunterbringung	Ein Hospiz ist eine Einrichtung oder ein Dienst, der sich auf die Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende spezialisiert hat. Das Hauptziel eines Hospizes ist es, die Lebensqualität von unheilbar kranken und sterbenden Menschen zu verbessern, indem physische, emotionale und spirituelle Unterstützung angeboten wird.	
Bleaching	Dient der Aufhellung von Zähnen und ist eine kosmetische Behandlung. Da dies eine nicht notwendige Heilbehandlung ist, wird das Bleaching grundsätzlich von der PKV nicht erstattet (von der GKV ebenfalls nicht). Ausnahme: Es ist ausdrücklich als tarifliche Leistung in den jeweiligen Versicherungsbedingungen aufgeführt.	
Kryokonservierung	Kryokonservierung ist ein Verfahren, bei dem Zellen, Gewebe oder andere biologische Proben durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff bei extrem niedrigen Temperaturen (-196 °C) konserviert werden. Dieses Verfahren ermöglicht es, die Vitalität der Zellen nahezu unbegrenzt aufrechtzuerhalten, indem alle Stoffwechselvorgänge nahezu zum Stillstand kommen. In der Produktlinie privat-SI bezieht sich die Kryokonservierung auf: • Reproduktionsmedizin: Konservierung von Spermien, Eizellen und Embryonen für Kinderwunschbehandlungen. • Fertilitätsprotektion: Erhaltung von Keimzellen bei jungen Krebspatienten, um deren Fruchtbarkeit nach einer Therapie zu sichern.	Im Vorfeld ist immer die Kostenzusage durch SIGNAL IDUNA einzuholen!
Künstliche Befruchtung	Anspruch für GKV-Versicherte (Quelle: G-BA) Verheiratete Paare haben – innerhalb gesetzlich festgelegter Altersgrenzen – Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung unter Kostenbeteiligung ihrer gesetzlichen Krankenkassen, wenn hinreichende Aussicht auf einen Erfolg besteht. Bei Frauen liegen die Altersgrenzen zwischen dem vollendeten 25. und vollendeten 40. Lebensjahr, bei Männern zwischen dem vollendeten 25. und vollendeten 50. Lebensjahr. Aussicht auf Erfolg besteht laut Gesetz dann, wenn eine in den Richtlinien des G-BA für die jeweilige Methode festgelegte Anzahl erfolgloser Versuche nicht überschritten wird.	

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
	In den Richtlinien über künstliche Befruchtung werden die Voraussetzungen, die Art und der Umfang, der den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung bestimmt. Im Sinne der Richtlinie des G-BA gilt als „erfolgreicher Versuch“ einer künstlichen Befruchtung der klinische Nachweis einer Schwangerschaft, unabhängig davon, ob es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist. Allein das Herbeiführen einer Schwangerschaft ist somit ein erfolgreicher Versuch. Deren Anzahl ist nicht begrenzt. Wenn es innerhalb der jeweils zulässigen Zahl von Versuchen zur Geburt eines Kindes gekommen ist, besteht erneuter Anspruch auf die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zulasten der GKV inklusive der Höchstzahl an erfolglosen Versuchen, soweit die übrigen Voraussetzungen der Richtlinien über künstliche Befruchtung erfüllt sind. Als Geburt im Sinne der Richtlinie gilt die Lebend- oder Totgeburt gemäß § 31 Personenstandsverordnung; dazu zählen insbesondere weder Fehlgeburten noch eine außerhalb der Gebärmutterhöhle eingenistete Schwangerschaft (Extrauterin graviditäten). Eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dann nicht, wenn sie • bei der Insemination im Spontanzklus bis zu achtmal, • bei der Insemination nach hormoneller Stimulation bis zu dreimal, • bei der In-vitro-Fertilisation bis zu dreimal, • beim intratubaren Gameten-Transfer bis zu zweimal, • bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion bis zu dreimal vollständig durchgeführt wurden, ohne dass eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist. Wenn diese Höchstzahl von erfolglosen Versuchen erreicht ist, und zwar unabhängig davon, ob die Versuche unmittelbar hintereinander erfolgten, besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV auf weitere Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. AVB Teil II zu § 1 MB/KK Ergänzend zu § 1 Abs. 2 Teil I ist Versicherungsfall auch die medizinisch notwendige künstliche Befruchtung unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. Erstattungsfähig sind bis zu <u>drei Versuche</u> der künstlichen Befruchtung. AVB Teil III 1.22 Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung In Abweichung von § 1 Abs. 2 Teil II der AVB wird für künstliche Befruchtung unter den in § 1 Abs. 2 Teil II der AVB genannten übrigen Voraussetzungen <u>unabhängig vom Alter der versicherten Person</u> geleistet. Die Leistungspflicht besteht nur, wenn der Versicherer im Vorfeld eine Kostenzusage erteilt hat.	

Leistungsbegriffe	Erläuterungen	Weitere Anmerkungen
Kommunikationshilfeleistungen	Die Verordnung zur Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen im Verwaltungsverfahren nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Kommunikationshilfenverordnung – KHV) ist eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, die Anlass und Umfang, Art und Weise sowie die Vergütung des Anspruchs auf Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers oder anderer geeigneter Kommunikationshilfen nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) regelt. Die Verordnung gilt für alle natürlichen Personen, die als Beteiligte eines Verwaltungsverfahrens im Anwendungsbereich des Verwaltungsverfahrensgesetzes wegen einer Hör- oder Sprachbehinderung zur Wahrnehmung eigener Rechte für die mündliche Kommunikation einen Anspruch auf Bereitstellung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers für die Deutsche Gebärdensprache, für lautsprachbegleitende Gebärden oder anderer geeigneter Kommunikationshilfen haben. Mögliche Kommunikationshilfen sind Gebärdensprachdolmetscher, außerdem Kommunikationsshelfer wie Schrift-, Simultanschrift- und Oral-dolmetscher sowie Kommunikationsassistenten. Geeignete Kommunikationsmethoden sind insbesondere Lormen und taktil wahrnehmbare Gebärden und gestützte Kommunikation für Menschen mit autistischer Störung. Kommunikationsmittel sind insbesondere akustisch-technische Hilfen oder grafische Symbol-Systeme (§ 3 KHV).	

