

FAQ zur Tarifserie MeinSmartMed

Inhalt

1. Anzahl und Einführungsdaten	2
2. Allgemeine Produktbeschreibung	2
2.1 Tarifwechsel	3
2.2 Risikoprüfung	4
3. Detaillierte Produktbeschreibung	4
3.1 Selbstbeteiligung (ambulant und stationär)	4
3.2 Ambulante Behandlungen	5
3.3 Krankenhaus / Stationäre Behandlungen	5
3.4 MeinVorsorgeprogramm	5
3.5 Leistungen im Ausland	5
3.6 Zahn	6
4. Versorgungsweg	7
5. Unsere Servicepartner und Apps (Medgate, BetterDoc, App-Übersicht)	10

1. Anzahl und Einführungsdaten

Nr.	Frage	Antwort
1	Wie viele Tarife werden zum 01.01.2027 eingeführt?	Es werden 3 Tarife eingeführt: • MeinSmartMed S SMEDS (ambulant + stationär) • Upgrade Krankenhaus SMEDUKH (optionaler Tarif, durch den die stationäre Selbstbeteiligung bei Einhaltung des Versorgungswegs entfällt) • MeinSmartMed Zahn SMEDZ – optionaler Tarif Hinweis: Alle Tarife gibt es auch mit der Vorsorgekomponente V (SMEDSV, SMEDUKHV, SMEDZV). Der Tarif MeineBeitragsentlastung (BENT) kann ebenfalls bestehen bleiben oder neu abgeschlossen werden.
2	Sind die neuen Tarife für das Neugeschäft geöffnet?	Nein, diese Tarife werden nicht für das Neugeschäft geöffnet. Sie dienen als Tarifalternative für unsere Bestandskund:innen.
3	Werden die bisherigen HKV-Tarife MeinGesundheitsschutz geschlossen?	Nein. MeinGesundheitsschutz bleibt unverändert im Neugeschäft verkaufsoffen. MeinSmartMed tritt als zusätzliche Wechseloption für Bestandskund:innen hinzu.
4	Welcher Versicherungsbeginn ist der erstmögliche?	Der erstmögliche Versicherungsbeginn ist der 01.01.2027.
5	Ab wann können Anträge eingereicht werden?	Anträge können ab dem 04.11.2026 eingereicht werden. Ab diesem Datum ist MeinSmartMed in ABS integriert.
6	Was regelt die „Leistungs- und Serviceübersicht“ zu MeinSmartMed?	Die Leistungs- und Serviceübersicht ergänzt Ziffer 11 der AVB SMEDS sowie Ziffer 3.2 der Sonderbedingungen SMEDUKH. Sie enthält die Kontaktdaten des Servicepartners Medgate, die Beschreibung des empfohlenen ambulanten und stationären Versorgungswegs sowie die vollständige Liste der planbaren Eingriffe nach § 27b SGB V, für die zur tariflich höchstmöglichen Erstattung eine Zweitmeinung erforderlich ist. Kund:innen erhalten diese Übersicht bei Vertragsschluss.
7	Wo finden Kund:innen und Vermittler:innen Informationen zu MeinSmartMed?	• Die Leistungs- und Serviceübersicht (ergänzt Ziffer 11 der AVB SMEDS sowie Ziffer 3.2 der Sonderbedingungen SMEDUKH) • Booklet MeinSmartMed • allianz.de/meinsmartmed, ab 16.11.2026. Dort sind Vorteile, Versorgungsweg, Tarifstruktur, Erstattungsbeispiele, Leistungsübersicht und Kunden-FAQ zusammengefasst. • gesundheitswelt.allianz.de/meinsmartmed, ab 01.01.2027. Dort finden sich zusätzliche Beispiele von Versorgungspfaden, erste Schritte in der Medgate App sowie eine Checkliste für medizinische Anliegen der Kund:innen.

2. Allgemeine Produktbeschreibung

Nr.	Frage	Antwort
8	Was unterscheidet MeinSmartMed von den bisherigen HKV-Tarifen MeinGesundheitsschutz?	MeinGesundheitsschutz bietet Premiumschutz mit sehr starken, umfassenden Leistungen, zum Beispiel auch für Familien. Daneben existiert ein wachsendes, weiteres Kundenbedürfnis nach bezahlbarem, verlässlichem Schutz bei einem guten Leistungsniveau sowie nach Telemedizin und digital gestützter Versorgung. Genau dies bietet MeinSmartMed.

		MeinSmartMed setzt auf einen empfohlenen, digital gestützten Versorgungsweg über die Partner Medgate (telemedizinischer Erstkontakt per Videosprechstunde) und BetterDoc (Empfehlung von Spezialist:innen und Kliniken, Zweitmeinung).
9	Welche Kundengruppen werden mit den Tarifen angesprochen?	MeinSmartMed richtet sich an Bestandskund:innen der APKV, die eine digitale, ortsunabhängige und klar geführte Gesundheitsversorgung schätzen und bereit sind, den empfohlenen Versorgungsweg über Medgate und BetterDoc einzuhalten, um von der tariflich höchstmöglichen Erstattung zu profitieren.
10	Warum gibt es einen zusätzlichen Tarif MeinSmartMed Upgrade Krankenhaus?	Die Grundabsicherung MeinSmartMed S sieht für stationäre Leistungen eine stationäre Selbstbeteiligung von 25 % (max. 3.500 Euro/Jahr) vor. Mit dem optionalen Tarif SMEDUKH entfällt diese stationäre Selbstbeteiligung, wenn sich die versicherte Person bei einer stationären Behandlung an den empfohlenen Versorgungsweg hält. Die Tarife SMEDS und SMEDUKH bilden zusammen den Klammertarif MeinSmartMed (SMED) und sollten zusammen abgeschlossen werden. Der SMEDUKH kann <u>nicht</u> nachversichert werden, sondern nur bei Abschluss des SMEDS.
11	Kann der Tarif SMEDUKH separat gekündigt werden, ohne die Grundabsicherung zu beenden?	Ja. Der Tarif SMEDUKH kann mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende gesondert gekündigt werden. Ein erneuter Abschluss ist dann aber nicht mehr möglich, da der Tarif SMEDUKH nur zu Beginn des SMEDS abgeschlossen werden kann.
12	Ist der Tarif MeinSmartMed Zahn verpflichtend beim Abschluss von MeinSmartMed?	Nein, SMEDZ ist ein optionaler Tarif. Er kann nur in Verbindung mit einer Grundabsicherung nach Tarif MeinSmartMed S bestehen bzw. abgeschlossen werden und endet automatisch mit dieser.
13	Kann zu den MeinSmartMed-Tarifen auch MeineBeitragsentlastung bestehen oder abgeschlossen werden?	Ja, der Tarif BENT kann bestehen bleiben oder neu abgeschlossen werden. Besteht stattdessen die Vorsorgekomponente V, kann diese ebenfalls bestehen bleiben. Ein Nebeneinander von V und BENT ist wie üblich nicht möglich.

2.1 Tarifwechsel

Nr.	Frage	Antwort
14	Wer ist die Hauptzielgruppe des Tarifs MeinSmartMed?	Hauptzielgruppe sind Unisex-Kund:innen, insbesondere im Tarif AMP70PU, denen MeinSmartMed im Rahmen von Niederstufungsangeboten vorgeschlagen wird. In allen anderen Fallkonstellationen sollte der Vertrieb zurückhaltend agieren und die allgemeinen „Golden Rules“ des Tarifwechsels berücksichtigen. Bisex-Kund:innen sollen möglichst in ihrer bisherigen Tarifwelt verbleiben, da ein Wechsel zurück in Bisex-Tarife nicht mehr möglich ist und das Recht auf den Standardtarif verloren geht. Daher ist für einen Wechsel in MeinSmartMed eine gesonderte Erklärung zu unterschreiben.
15	Kann ein Tarifwechsel von einer ZV in MeinSmartMed erfolgen?	Nein, MeinSmartMed ist ein HKV-Tarif. Auch die Tarife SMEDUKH und SMEDZ können nur in Kombination mit MeinSmartMed abgeschlossen werden.

16	Gibt es eine (festgeschriebene) Mindestversicherungsdauer für bereits HKV-versicherte Personen, die in MeinSmartMed wechseln wollen?	Für den Wechsel in MeinSmartMed gilt keine Mindestversicherungsdauer. Es gelten die gleichen Regelungen wie bei den bestehenden HKV-Tarifen.
17	Gibt es Besonderheiten bei der Beantragung des Tarifwechsels?	Für den Tarifwechsel muss die „Erklärung zu Ihrem Tarifwechsel in MeinSmartMed“ unterschrieben werden. Andernfalls ist keine Policierung (Ausstellung der Police) möglich. Die Erklärung enthält Hinweise zum Tarif MeinSmartMed. Mit der Unterschrift bestätigen Kund:innen, dass ihnen die Funktionsweise und der Leistungsumfang des Tarifs bewusst sind.
18	Werden bestehende Alterungsrückstellungen beim Wechsel in MeinSmartMed angerechnet?	Ja. Wechselt eine versicherte Person aus einem Vollversicherungstarif der APKV in MeinSmartMed, werden die vorhandenen Alterungsrückstellungen auf den neuen Tarif übertragen.
19	Wie wirkt es sich auf die Beitragsstabilität aus, wenn nur ältere Kund:innen in die Tarife wechseln?	Die Beitragsstabilität in der PKV wird nicht maßgeblich durch die Altersstruktur des Bestands bestimmt. Entscheidend sind vielmehr das Leistungs- und Anspruchsverhalten der Versicherten, die Risikoprüfung sowie die Geschlechtsstruktur in den jeweiligen Altersgruppen.
20	Ist später ein Wechsel aus MeinSmartMed zurück in einen Tarif ohne verbindlichen Versorgungsweg möglich, falls das Modell nicht den Erwartungen entspricht?	Ja, ein Tarifwechsel ist möglich. Die Risikoprüfung bezieht sich auf die Mehrleistungen.

2.2 Risikoprüfung

Nr.	Frage	Antwort
21	Bei welchem Tarifwechsel aus den AktiMed-Unisex Tarifen in den Tarif MeinSmartMed findet eine Risikoprüfung statt?	Bei einem Tarifwechsel aus den AktiMed-Unisex Tarifen ist lediglich bei Wechsel aus dem Tarif AktiMed Best S (AMBSU) eine Risikoprüfung erforderlich. Alle Konstellationen, ob eine Risikoprüfung erforderlich ist oder nicht, können der TW-Matrix entnommen werden.
22	Gibt es neue Gesundheitsfragen?	Nein, für den Tarifwechsel in MeinSmartMed werden keine neuen bzw. zusätzlichen Gesundheitsfragen eingeführt.

3. Detaillierte Produktbeschreibung

3.1 Selbstbeteiligung (ambulant und stationär)

Nr.	Frage	Antwort
23	Gilt die Selbstbeteiligung getrennt für ambulante und stationäre Leistungen?	Ja. Für ambulante und stationäre Leistungen gelten jeweils eigenständige, betragsmäßig begrenzte Selbstbeteiligungen je versicherter Person und Kalenderjahr. Für ambulante Leistungen beträgt die Selbstbeteiligung 20 % bis maximal 1.300 Euro pro Kalenderjahr. Für stationäre Leistungen beträgt sie 25 % bis maximal 3.500 Euro pro Kalenderjahr.
24	Gilt die ambulante Selbstbeteiligung auch bei ambulanten Operationen?	Nein. Für ärztliche Leistungen im Rahmen einer ambulanten Operation fällt keine ambulante Selbstbeteiligung an.
25	Für welche Leistungen entfällt die stationäre Selbstbeteiligung?	Eine stationäre Selbstbeteiligung wird nicht erhoben bei Notfällen, Hospizleistungen und Organtransplantationen. Hat die versicherte Person zudem den Tarif SMEDUKH abgeschlossen und den vorgesehenen Versorgungsweg

		eingehalten, wird bei Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern ebenfalls keine Selbstbeteiligung erhoben.
--	--	--

3.2 Ambulante Behandlungen

Nr.	Frage	Antwort
26	Wie hoch ist die Erstattung für ambulante ärztliche Behandlungen im Tarif MeinSmartMed S?	Grundsätzlich 75 % der Kosten. Halten die Kund:innen den empfohlenen Versorgungsweg nach Ziffer 11 AVB SMEDS ein oder handelt es sich um eine Notfallbehandlung, erhöht sich die Erstattung auf 100 %. Beide Erstattungssätze gelten abzüglich der Selbstbeteiligung von 20 %.

3.3 Krankenhaus / Stationäre Behandlungen

Nr.	Frage	Antwort
27	Was ist der Unterschied zwischen MeinSmartMed S und MeinSmartMed Upgrade Krankenhaus im Krankenhausbereich?	MeinSmartMed S erstattet stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern zu 100 % abzüglich der Selbstbeteiligung von 25 % (max. 3.500 Euro/Jahr). Mit dem Tarif SMEDUKH entfällt diese Selbstbeteiligung, wenn die versicherte Person eine von Medgate/BetterDoc empfohlene Klinik wählt und bei planbaren Eingriffen nach § 27b SGB V zusätzlich vorab eine Zweitmeinung über BetterDoc einholt.
28	Beeinflusst die Krankenhauswahl die Höhe der Erstattung?	Ja. Wenn der Tarif SMEDUKH abgeschlossen wurde, ist für eine vollständige Erstattung von 100 % die Wahl eines von Medgate/ BetterDoc empfohlenen Krankenhaus erforderlich. Wird ein anderes Krankenhaus gewählt, gilt eine Selbstbeteiligung von 25 %, maximal 3.500 € pro Jahr. Ohne den Tarif SMEDUKH besteht grundsätzlich eine Selbstbeteiligung von 25 % (maximal 3.500 € pro Jahr), unabhängig davon, welches Krankenhaus gewählt wird. Für Behandlungen in Privatkliniken ist eine vorherige Empfehlung durch Medgate, BetterDoc oder der APKV in jedem Fall Voraussetzung für eine Erstattung.
29	Was ist bei Privatkliniken zu beachten?	Leistungen von und in Privatkliniken sind nur erstattungsfähig, wenn Medgate/BetterDoc oder die APKV die Behandlung dort vorab in Textform empfohlen haben. Ohne eine solche Empfehlung besteht kein Versicherungsschutz für den Privatklinik-Aufenthalt.
30	Wenn während eines stationären Aufenthalts eine weitere, ungeplante Operation notwendig wird – gilt dafür ebenfalls der Versorgungsweg bzw. die Zweitmeinungspflicht?	Nein, dies fällt unter Notfallversorgung und wird zu 100 % erstattet.

3.4 MeinVorsorgeprogramm

Nr.	Frage	Antwort
31	Muss auch bei „MeinVorsorgeprogramm“ der empfohlene Versorgungsweg eingehalten werden?	Ja. Auch im MeinVorsorgeprogramm ist der empfohlene Versorgungsweg einzuhalten. Dazu gehört die Kontaktaufnahme über Medgate sowie die Inanspruchnahme der von Medgate empfohlenen Leistungserbringer.

3.5 Leistungen im Ausland

Nr.	Frage	Antwort
32	Wie sind die Regelungen im Ausland?	- Ein Wechsel in den Tarif MeinSmartMed ist nur möglich, wenn ein ständiger Wohnsitz in Deutschland besteht. - Der Tarif leistet nur in Europa (inklusive Schweiz).

		- Außerhalb Europas leistet der Tarif nur bei Empfehlung durch Medgate oder die APKV. - Bei Wegzug aus Deutschland ist eine Versicherbarkeit nur möglich, wenn der Umzug innerhalb der EU oder des EWR stattfindet. Die Schweiz gehört weder zur EU noch zum EWR. Auch im Ausland muss der empfohlene Versorgungsweg eingehalten werden, um die tariflich höchstmögliche Erstattung zu bekommen.
33	Wie verhält es sich mit Medgate im Ausland?	Auch während eines Auslandsaufenthalts bleibt Medgate grundsätzlich Ihr erster Ansprechpartner. Über die Medgate App kann eine ärztliche Videosprechstunde mit einer deutschsprachigen Ärztin bzw. einem deutschsprachigen Arzt vereinbart werden. Für die tariflich höchstmögliche Erstattung ist auch im Ausland die Einhaltung des vorgegebenen Versorgungswegs erforderlich. Bitte beachten Sie jedoch, dass es je nach Aufenthaltsland Einschränkungen geben kann, beispielsweise bei der Einlösung von Rezepten, der Anerkennung von Überweisungen oder der Kostenübernahme. Wir empfehlen daher, die Medgate App bereits vor Reiseantritt herunterzuladen und die Registrierung abzuschließen.
34	Was passiert bei Wegzug aus der EU/dem EWR?	Bei Wegzug aus der EU/dem EWR endet der Vertrag grundsätzlich mit Ablauf des Monats des Wegzugs. Somit besteht ab diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz mehr.
35	Ist der Tarif für Grenzgänger:innen geeignet?	Die MeinSmartMed-Tarife sind für Grenzgänger:innen möglich, aber nur bedingt geeignet, da Medgate in der Regel Leistungserbringer in Deutschland empfiehlt. Werden entgegen der Empfehlung andere Leistungserbringer in Anspruch genommen, reduziert sich die Erstattung. Eine Sondervereinbarung ist für Grenzgänger nicht erforderlich.

3.6 Zahn

Nr.	Frage	Antwort
36	Muss für Zahnbehandlungen der Versorgungsweg über Medgate eingehalten werden?	Nein. Für den Zahnbereich ist keine Einbindung von Medgate erforderlich. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt kann frei gewählt werden.
37	Warum ist die Erstattung für Zahnbehandlungen nur bei 80 % und bei Zahnersatz bei 60 %? Dies ist schlechter als beim AMP70PU (100 %).	Bei MeinSmartMed Zahn beträgt die Erstattung für Zahnbehandlung 80 % und für Zahnersatz 60 %, wenn in den letzten 5 Jahren jährliche Kontrolluntersuchungen stattgefunden haben. Es gibt keine zusätzliche übergreifende Selbstbeteiligung (SB). Im AMP70PU werden zwar tariflich 100 % für Zahnbehandlung und 75 % für Zahnersatz erstattet, darauf fällt aber die übergreifende SB von 30 % (bis max. 1.300 Euro/Jahr) an. Beim AMP70PU liegt damit die Erstattung nur bei 70 % für Zahnbehandlungen und 52,5 % für Zahnersatz.
38	Gibt es im Tarif MeinSmartMed Zahn eine Selbstbeteiligung?	Nein, im Tarif SMEDZ fällt keine übergreifende Selbstbeteiligung an.
39	Wird die Zahnstaffel der Vorversicherung angerechnet?	Bei Wechsel in MeinSmartMed wird die Zahnstaffel angerechnet.
40	Gilt der Tarif MeinSmartMed Zahn auch im Ausland?	Ja, für Behandlungen in ganz Europa zu den ortsüblichen Kosten und den in Deutschland geltenden Prozentsätzen (ohne Begrenzung auf deutsche Gebührensätze). Außerhalb Europas wird nur geleistet, wenn die APKV der Behandlung

	dort vorher zugestimmt hat. Die maximalen Gesamtbeträge der ersten drei Kalenderjahre gelten auch im Ausland.
--	---

4. Versorgungsweg

Nr.	Frage	Antwort
41	Muss bei jedem gesundheitlichen Anliegen erneut zuerst Medgate kontaktiert werden, auch wenn bereits eine Fachärztin bzw. ein Facharzt empfohlen wurde?	Für die Behandlung eines bereits bestehenden Anliegens können dieselben Leistungserbringer weiterhin aufgesucht werden, auch für Folgeuntersuchungen oder Anschlussbehandlungen. Die ärztliche Empfehlung bzw. Überweisung ist dabei für sechs Monate gültig. Besteht das Anliegen darüber hinaus fort, ist spätestens nach sechs Monaten erneut eine Kontaktaufnahme mit Medgate erforderlich, damit eine neue ärztliche Empfehlung bzw. Überweisung ausgestellt werden kann. Bei einem neuen gesundheitlichen Anliegen ist jedoch zunächst wieder eine Ersteinschätzung über Medgate erforderlich. Das gilt auch, wenn ein früheres Anliegen nach längerer Zeit erneut auftritt oder sich deutlich verschlechtert.
42	Gilt der Versorgungsweg auch für mitversicherte Familienangehörige im selben Vertrag, oder ist das je Person unabhängig zu betrachten?	Der Versorgungsweg gilt für alle Personen, die im Vertrag über den Tarif MeinSmartMed abgesichert sind, also auch für mitversicherte Familienangehörige.
43	Was gilt für Kund:innen, die bereits chronisch erkrankt sind und regelmäßig zur Ärztin bzw. zum Arzt müssen? Muss die vertraute Ärztin bzw. der vertraute Arzt gewechselt werden?	Kund:innen melden sich zunächst bei Medgate und besprechen, was gegebenenfalls einfach und digital erfolgen kann (z. B. ein Folgerezept) und wann ein Besuch vor Ort nötig ist (z. B. für Blutentnahmen oder EKG-Kontrollen). Ist die vertraute Ärztin bzw. der vertraute Arzt geeignet, wird sie bzw. er ebenfalls in die Auflistung der empfohlenen Leistungserbringer aufgenommen. Kund:innen erhalten die Überweisung und können die Ärztin bzw. den Arzt weiterhin aufsuchen.
44	Was passiert, wenn für eine Folgebehandlung derselben Erkrankung ein weiterer Leistungserbringer benötigt wird?	Auch hierfür ist eine Überweisung erforderlich – entweder von Medgate selbst oder von einem zuvor empfohlenen Leistungserbringer. Nur dann bleibt die höhere Erstattung von 100 % erhalten; andernfalls gilt der niedrigere Satz von 75 %.
45	Wie lange gilt eine Überweisung von Medgate?	Eine Überweisung gilt nur für den laufenden Versicherungsfall und längstens 6 Monate. Nach Ablauf ist für die weiterhin höhere Erstattung eine erneute Überweisung erforderlich – auch bei einer noch laufenden Behandlung.
46	Wie wird bei der Leistungsprüfung erkannt, ob eine Überweisung noch innerhalb der 6-Monats-Frist gültig ist?	In ABS ist die Berichtsart „Überweisung“ mit einem Gültigkeitsdatum hinterlegt. Die Gültigkeit wird automatisch mit dem jeweiligen Behandlungsdatum abgeglichen. Gleiches gilt für den zugehörigen Behandlungsfall.
47	Was gilt in Notfällen?	Bei lebensbedrohlichen Beschwerden ist umgehend der Rettungsdienst unter 112 zu wählen oder direkt die nächstgelegene Notaufnahme aufzusuchen. In diesen Fällen ist ein Erstkontakt zu Medgate nicht erforderlich und auch keine nachträgliche Meldung an Medgate. Im Zweifel hilft Medgate rund um die Uhr bei der Einschätzung, ob ein Notfall vorliegt.

48	Wie erfolgt die Auswahl der geeigneten Leistungserbringer / Kliniken?	Die Auswahl erfolgt auf Basis des individuellen medizinischen Anliegens. Medgate prüft den Versorgungsbedarf und empfiehlt geeignete Leistungserbringer bzw. Kliniken unter Berücksichtigung objektiver Kriterien (beispielsweise Qualifikation und Spezialisierung des Leistungserbringers, räumliche Nähe, Abrechnungsvereinbarungen) sowie struktureller Voraussetzungen.
49	Wie lässt sich vorab erkennen, welche Ärzt:innen/Kliniken in der Nähe grundsätzlich für eine Empfehlung infrage kommen, bevor Medgate kontaktiert wird?	Eine vorab einsehbare Arzt-/Klinikliste ist nicht vorgesehen. Empfehlungen werden erst nach Kontaktaufnahme und Schilderung des medizinischen Anliegens individuell durch Medgate/BetterDoc ausgesprochen.
50	Was passiert, wenn Medgate/BetterDoc weniger als drei geeignete Leistungserbringer oder Kliniken empfehlen können?	Dann besteht dennoch Anspruch auf die höhere Erstattung, wenn ein anderer ambulanter Leistungserbringer nach Ziffer 3.1 AVB SMEDS bzw. eine andere Klinik gewählt wird – die tariflich höchstmögliche Erstattung bleibt in diesem Fall erhalten.
51	Wie schnell erhalten Versicherte einen Termin bei Medgate bzw. eine Facharzttempfehlung für die Zweitmeinung oder Klinikempfehlung durch BetterDoc?	Medgate bietet Versicherten rund um die Uhr 365 Tage im Jahr die Möglichkeit, eine Videosprechstunde zu buchen. In der Regel ist ein Termin innerhalb von 24 Stunden verfügbar. Die konkrete Verfügbarkeit richtet sich nach der aktuellen Auslastung. Rezept, Überweisung und empfohlene Leistungserbringer erhalten Kund:innen direkt im Anschluss. BetterDoc unterstützt Versicherte bei der Suche nach geeigneten Fachärzten für eine Zweitmeinung und Kliniken. Nach Eingang aller erforderlichen Informationen erfolgt eine entsprechende Empfehlung in der Regel innerhalb von 48 Stunden. Darüber hinaus unterstützt BetterDoc bei Bedarf auch bei der Facharztterminvermittlung. Die tatsächliche Terminverfügbarkeit ist dabei von den Kapazitäten der jeweiligen Arztpraxis abhängig.
52	Können Kund:innen trotzdem einen anderen als den von Medgate/BetterDoc empfohlenen Leistungserbringer bzw. eine andere Klinik wählen, wenn sie diesem Leistungserbringer/dieser Klinik mehr vertrauen? Gibt es dann nur eine geringere Erstattung, oder gibt es weitere Einschränkungen?	Kund:innen entscheiden letztlich immer selbst, ob sie dem empfohlenen Weg folgen möchten. Die Folge ist eine geringere Erstattung: Bei ambulanten Behandlungen 75 % statt 100 % (abzgl. 20 % SB). Bei stationären Behandlungen mit dem Tarif SMEDKUH bleibt die Selbstbeteiligung bestehen, wenn keine Zweitmeinung eingeholt oder keine empfohlene Klinik gewählt wird. Es gibt keine weiteren Einschränkungen.
53	Was passiert, wenn Medgate Kund:innen eine Behandlung empfiehlt, diese aber abgelehnt wird (z. B. aus persönlichen Gründen)? Hat das Auswirkungen auf den Versicherungsschutz?	Die Entscheidung zur Behandlung liegt bei den Kund:innen und hat für sich genommen keinen Einfluss auf den Versicherungsschutz. Abweichungen vom empfohlenen Versorgungsweg, z.B. das Aufsuchen von nicht empfohlenen Ärzt:innen oder direkte Facharztbesuche, wirken sich aber auf die Erstattungshöhe aus.
54	Wie wird die Zweitmeinung aktuell eingeholt – durch einen persönlichen Arzttermin oder per Videosprechstunde?	Persönlich vor Ort – dafür wird eine der empfohlenen Facharztpraxen aufgesucht, die einen Befund erstellt. Eine rein telefonische/digitale Zweitmeinung ist aktuell nicht vorgesehen.

55	Ist der Termin für die verpflichtende Zweitmeinung über den Versorgungsweg abgedeckt, oder erhalten Kund:innen eine Rechnung?	Für den Termin bei der Fachärztin bzw. beim Facharzt vor Ort für die verpflichtende Zweitmeinung bekommen Kund:innen eine Rechnung, die eingereicht werden muss. Diese wird zu 100 % erstattet, wenn der Termin bei empfohlenen Fachärzt:innen durchgeführt wurde. Auf die Rechnung zur Einholung der Zweitmeinung fällt keine Selbstbeteiligung an.
56	Was passiert, wenn für einen planbaren Eingriff nach § 27b SGB V keine Zweitmeinung eingeholt wird oder die Operation in einer nicht empfohlenen Klinik oder durch eine nicht empfohlene Ärztin bzw. einen nicht empfohlenen Arzt erfolgt?	Stationäre OP 1. Fall: Der Tarif SMEDUKH ist abgeschlossen: a) Es wird vorab keine Zweitmeinung eingeholt oder die Operation erfolgt in einer nicht empfohlenen Klinik. Dann werden keine Leistungen aus dem Tarif SMEDUKH erbracht und es fällt die Selbstbeteiligung in Höhe von 25 % des Grundtarifs an, d. h. es werden 75 % der Kosten erstattet. b) Es wird eine Zweitmeinung eingeholt und die Operation erfolgt in einer empfohlenen Klinik. Dann entfällt die Selbstbeteiligung und es werden 100 % erstattet. 2. Fall: Der Tarif SMEDUKH ist nicht abgeschlossen: Die Kosten werden unabhängig davon, ob eine Zweitmeinung eingeholt wird bzw. die Operation in einer empfohlenen Klinik erfolgt, mit 75 % erstattet. (Die Einholung einer Zweitmeinung kann dennoch helfen, eine fundierte Entscheidung über die geplante Behandlung zu treffen.) Ambulante OP a) Es wird vorab keine Zweitmeinung eingeholt oder die Operation erfolgt durch eine nicht empfohlene Ärztin bzw. einen nicht empfohlenen Arzt. Dann werden 75 % der Kosten erstattet. b) Es wird vorab eine Zweitmeinung eingeholt und die Operation erfolgt durch eine empfohlene Ärztin bzw. einen empfohlenen Arzt. Dann werden 100 % der Kosten erstattet.
57	Wie wird geprüft, ob eine konkrete Behandlung tatsächlich zur Liste der zweitmeinungspflichtigen Eingriffe nach § 27b SGB V gehört?	Medgate prüft zunächst, ob für den jeweiligen Eingriff eine Zweitmeinung vorgesehen ist, und leitet die erforderlichen Schritte ein. Bei der Leistungsprüfung erfolgt zusätzlich ein Abgleich der eingereichten Rechnung anhand der GOÄ-Nummern, um festzustellen, ob es sich um einen zweitmeinungspflichtigen Eingriff handelt.
58	Werden Rezepte, Überweisungen und AU-Bescheinigungen ausschließlich digital bereitgestellt oder auch als Ausdruck/PDF zur Verfügung gestellt?	Nur digital in der Medgate App und/oder der ePA-App.
59	Gibt es eine schriftliche Bestätigung über die Einhaltung des Versorgungswegs, die Kund:innen für die eigenen Unterlagen aufbewahren können?	Es gibt keine gesonderte schriftliche Bestätigung. In der Medgate App sind jedoch alle Unterlagen und Versorgungsaktivitäten für den Kund:innen nachweisbar dokumentiert.
60	Wie wird in ABS geprüft bzw. erfasst, ob Kund:innen den empfohlenen Versorgungsweg eingehalten haben?	Die Prüfung erfolgt derzeit manuell durch die Sachbearbeitung Leistung. Grundlage sind die vorliegende Handlungsempfehlung, der jeweilige Behandlungsfall sowie die eingereichten Rechnungen. Auf dieser Basis wird im Rahmen der Leistungsentscheidung geprüft, ob der empfohlene Versorgungsweg eingehalten wurde.
61	Wie ist zu verfahren, wenn Kund:innen eine Rechnung einreichen und die Einhaltung des	Die APKV erhält von Medgate eine Rückmeldung über die erfolgte Empfehlung beziehungsweise Überweisung. Bei

	Versorgungswegs behaupten, dies aber nicht eindeutig nachweisbar ist?	Folgearztbesuchen ist die entsprechende Überweisung von den Kund:innen einzureichen.
62	Werden Fahrtkosten zum Leistungserbringer übernommen?	Es werden die Fahrtkosten nur zu 100 % erstattet, wenn sie medizinisch notwendig sind und einer der folgenden Fälle vorliegt: ambulante Operation oder nachoperative Behandlung, Apherese oder Dialyse, Geh- oder Sehefähigkeit oder Fahruntüchtigkeit, medizinische Reha, Strahlen- oder Chemotherapie, Unfall oder Notfall sowie Fahrten im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt.
63	Muss im Beratungsgespräch ausdrücklich auf die geringere Erstattung bei Nichteinhaltung des Versorgungswegs hingewiesen werden?	Ja. Kund:innen müssen zwingend auf die jeweiligen Erstattungsvoraussetzungen und möglichen Auswirkungen bei Abweichungen vom vorgesehenen Versorgungsweg hingewiesen werden. Dies ist ein wichtiger Bestandteil der Beratung.
64	Gibt es Musterrechnungen bzw. Verkaufshilfen, mit denen sich der Erstattungsunterschied (100 % vs. 75 %) für Kund:innen anschaulich erklären lässt?	Im Kundenbooklet (APKV-0278Z0) sind Rechenbeispiele dargestellt, die den Kund:innen zur besseren Orientierung helfen können.

5. Unsere Servicepartner und Apps (Medgate, BetterDoc, App-Übersicht)

Nr.	Frage	Antwort
65	Welche Apps werden für MeinSmartMed benötigt bzw. empfohlen?	Zwingend erforderlich ist die kostenlose Medgate App (Apple App Store/Google Play) als Einstieg in den Versorgungsweg. Ergänzend werden die Allianz Gesundheits-App (Rechnungseinreichung) und die elektronische Patientenakte (ePA-App) empfohlen, um Befunde, Rezepte und Unterlagen zentral abzulegen.
66	Wer übernimmt die Kosten für die Nutzung von Medgate?	Im Tarif MeinSmartMed sind die telemedizinische Betreuung durch Medgate entlang des gesamten Versorgungswegs sowie die Spezialistensuche für eine Zweitmeinung und die Kliniksuche durch BetterDoc bereits inbegriffen – ganz ohne zusätzliche Rechnung. Dafür fällt keine Selbstbeteiligung an; auch auf eine mögliche Beitragsrückerstattung hat dies keinen Einfluss. Rechnungen für Arzneimittel, Facharztbesuche und weitere Leistungen werden nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen abgerechnet.
67	Können auch Kund:innen, die nicht über MeinSmartMed abgesichert sind, die Medgate App nutzen?	Ja, alle HKV-Versicherten können die medizinische Kernleistung (z. B. telefonische Beratung, Videosprechstunde und Facharztterminvermittlung, jeweils ohne SMED-Spezifika) in Anspruch nehmen. Für die Videosprechstunde bei der Ärztin bzw. beim Arzt erhalten die Kund:innen eine GOÄ-Rechnung, die im tariflichen Umfang erstattungsfähig ist, sich aber auf die Selbstbeteiligung und die Beitragsrückerstattung auswirkt.
68	Was passiert mit dem Vertrag, wenn Medgate oder BetterDoc als Kooperationspartner in Zukunft ausgetauscht werden?	Der Versicherungsschutz bleibt unverändert bestehen. Sollte ein Kooperationspartner künftig nicht mehr zur Verfügung stehen, wird die Allianz eine geeignete Nachfolgelösung bereitstellen, damit die vertraglich vorgesehenen Leistungen weiterhin genutzt werden können.
69	Sprechen Kund:innen bei Medgate mit Ärzt:innen, oder handelt es sich um eine KI-Anwendung?	Digitale Tools können bei Medgate die Ersteinschätzung unterstützen. Das Beratungsgespräch/die Videosprechstunde führt jedoch immer eine Ärztin oder ein Arzt. Medizinische Entscheidungen treffen ebenfalls ausschließlich Ärzt:innen.

70	Gibt es nur deutschsprachige Ärzt:innen bei Medgate?	Nein, es gibt deutsch und englisch sprachige Ärzt:innen. Teilweise stehen zudem auch Ärzt:innen mit Italienisch- oder Französischkenntnissen zur Verfügung.
71	Was ist bei einer dringenden, aber nicht lebensbedrohlichen Beschwerde außerhalb der Öffnungszeiten zu tun, wenn nicht bis zum nächsten Medgate-Termin gewartet werden soll?	Medgate ist rund um die Uhr erreichbar („24/7-Begleitung“, „365 Tage im Jahr“, auch im Urlaub, nachts und am Wochenende). Auch dringende Anliegen außerhalb üblicher Praxis-Öffnungszeiten können daher direkt über Medgate abgewickelt werden; ein Abwarten bis zum nächsten Termin ist nicht erforderlich.
72	Was passiert, wenn Medgate eine lebensbedrohliche Situation erkennt?	Medgate unterstützt jederzeit rund um die Uhr bei der Einschätzung, ob ein Notfall vorliegt, und verweist im Zweifel direkt an den Rettungsdienst (112) bzw. die nächstgelegene Notaufnahme. Der Versorgungsweg über Medgate ist dann nicht Voraussetzung für die volle Erstattung.
73	Muss jede versicherte Person (z. B. Ehepartner, Kinder) einen eigenen Zugang zur Medgate App einrichten, oder kann ein Familienmitglied für andere mitkontaktieren?	Ja, jede versicherte Person benötigt einen eigenen Zugang bzw. ein eigenes Profil in der Medgate App. Dies ist erforderlich, da die Identität über ein Ausweisdokument verifiziert wird. Für minderjährige Kinder können Eltern im eigenen Konto ein entsprechendes Kinderprofil anlegen und verwalten. Das Profil des Kindes kann nur bei einem Elternteil hinterlegt werden.
74	Wer hilft bei der Registrierung oder technischen Problemen mit der Medgate App?	Medgate führt bei der ersten Nutzung Schritt für Schritt durch die Registrierung; bei weiteren Fragen steht das Medgate-Team telefonisch unter 0800 181 9224 zur Verfügung.
75	Was ist zu tun, wenn die Medgate App gerade nicht genutzt werden kann (z. B. leerer Akku, kein Netz, technische Störung) und es sich nicht um einen klassischen Notfall handelt?	Um die tariflich höchstmögliche Erstattung zu erhalten, muss der Erstkontakt über Medgate erfolgen (ausgenommen Notfälle). Ist die App vorübergehend nicht nutzbar, kann Medgate alternativ telefonisch unter 0800 180 7629 kontaktiert werden. Bei technischen Problemen mit der Medgate App ist die Telefonnummer 0800 181 9224 zu verwenden.
76	Werden Diagnosen und Gesundheitsdaten aus der Medgate Beratung an die Allianz weitergegeben? Wer genau sieht diese Daten?	Die Allianz erhält ausschließlich Daten, die für die Leistungsabrechnung und Leistungsprüfung erforderlich sind. Dazu gehören beispielsweise die Information, dass eine Beratung stattgefunden hat, eine Überweisung ausgestellt wurde sowie Angaben zu Diagnose und Fachrichtung. Ein Zugriff auf darüber hinausgehende medizinische Inhalte erfolgt nicht. Die Daten werden nur den für die Bearbeitung erforderlichen Stellen und Leistungserbringern zur Verfügung gestellt.
77	Kann Medgate nach Zustimmung der Versicherungsnehmer:innen auf die ePA zugreifen, damit die bisherige Krankengeschichte direkt bekannt ist?	Nein, das ist nicht möglich.