

Tarif COMFORT-B

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen von beihilfeberechtigten Personen nach dem Tarif COMFORT-B

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gelten auch

- medizinisch notwendige Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
- die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 2 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Die Behandlung muss in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes, Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige (Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder).

3. Tarifstufen

a) Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch – ausgenommen Bundesland Hessen – nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Erstattungsprozentsatz):

| | |
|---------------|---------------|
| COMFORT-B/5 | COMFORT-B/55 |
| COMFORT-B/10 | COMFORT-B/60 |
| COMFORT-B/15 | COMFORT-B/65 |
| COMFORT-B/20 | COMFORT-B/70 |
| COMFORT-B/25 | COMFORT-B/75 |
| COMFORT-B/30 | COMFORT-B/80 |
| COMFORT-B/35 | COMFORT-B/85 |
| COMFORT-B/40 | COMFORT-B/90 |
| COMFORT-B/45 | COMFORT-B/95 |
| COMFORT-B/50 | COMFORT-B/100 |
| COMFORT-B/50S | |

Die Wahl der Tarifstufe COMFORT-B/50S setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Nach der Tarifstufe COMFORT-B/50S beträgt der Erstattungsprozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Mit Eintritt des Versorgungsfalles wird der Versicherungsschutz in die Tarifstufe COMFORT-B/30 umgestellt.

b) Für Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach der Beihilfavorschrift des Bundeslandes Hessen haben, ist die Versicherung nach folgenden Tarifstufen mit den jeweiligen Erstattungsprozentsätzen zu vereinbaren:

| Tarifstufe | Erstattungsprozentsatz (Abschnitt B I und B II) | Erstattungsprozentsatz (Abschnitt B III) |
|----------------|---|--|
| COMFORT-B/20HE | 20 % | 15 % |
| COMFORT-B/25HE | 25 % | 15 % |
| COMFORT-B/30HE | 30 % | 15 % |
| COMFORT-B/35HE | 35 % | 20 % |
| COMFORT-B/40HE | 40 % | 25 % |
| COMFORT-B/45HE | 45 % | 30 % |
| COMFORT-B/50HE | 50 % | 35 % |

Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufe und der Beihilfebemessungssatz für ambulante Behandlungen müssen bei Versicherungsbeginn zusammengerechnet 100 % ergeben.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz entsprechend angepasst. Der Zeitpunkt und die Gründe für die Änderung oder den Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

a) Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten erhöht, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Verminderung oder dem Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe gestellt wird und die Erhöhung des Versicherungsschutzes nicht umfassender ist als der wegfallende Teil der Beihilfe. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) werden angewendet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten nur zum 1. des Monats, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe vermindert oder der Anspruch auf Beihilfe entfällt, beantragt werden.

b) Verminderung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird zum 1. des Monats vermindert, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe erhöht. Voraussetzung ist, dass die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach der Erhöhung des Anspruchs auf Beihilfe bei dem Versicherer eingeht. Erfolgt die Anzeige nach Ablauf der sechs Monate, wird die Verminderung des Versicherungsschutzes zum 1. des Monats wirksam, der auf die Anzeige beim Versicherer folgt. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, wenn der Versicherer auf sonstige Weise Kenntnis von der Erhöhung erlangt.

Die Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung des Versicherungsschutzes an mit dem neu vereinbarten Erstattungsprozentsatz erbracht.

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

6. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird. Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

7. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

8. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen bezogen werden.

9. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

10. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Die Kosten ambulanter Heilbehandlungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Für die ersten 30 Sitzungen werden die Kosten ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erbracht, darüber hinaus ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

5. Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

7. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduzierung sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

8. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).

9. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvorschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvorschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

10. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen sind je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300,- Euro erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Kosten werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

11. Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

12. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

13. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 7 für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren –, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

Weitere Voraussetzungen sind, dass

- eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

14. Krankentransporte

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte. Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und

- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherten nachzuweisen.

15. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports sind erstattungsfähig, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland sind bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattungsfähig.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Die Kosten zahnärztlicher Leistungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

1. Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen;
- sechs orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen.

2. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen nach Nr. 1 zur Hälfte erbracht.

3. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schiene erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschiene) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stifzähne sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

Die Kosten stationärer Leistungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

1. Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen sind nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) erstattungsfähig.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie sind im Rahmen von Nr. 1 erstattungsfähig.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 13 erstattet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

8. Krankentransporte

Erstattungsfähig sind die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Von den Versicherungsleistungen nach den Abschnitten B I, B II und B III werden die nachstehenden Selbstbeteiligungen abgezogen.

Für Kinder und Jugendliche wird bis zu dem Kalenderjahr, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, keine Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Höhe der Selbstbeteiligung ist abhängig von dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3). Sie beträgt je 5 %-Erstattungsprozentsatz für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1, Abs. I 12 und Abs. I 13 je Behandlungstag bei einem Arzt 1,- Euro. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen).
- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 je Sitzung 1,- Euro. Die Selbstbeteiligung der vereinbarten Tarifstufe ist jedoch insgesamt auf 30 % der tariflichen Leistungen begrenzt.

- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger 1,– Euro.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt 1,– Euro.
- häusliche Behandlungspflege nach Abs. I 5 je Behandlungstag durch geeignete Pflegefachkräfte 1,– Euro.
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach Abs. I 6 maximal 1,– Euro je Behandlungstag.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 7 sowie Impfstoffe nach Abs. I 11 je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff 1,– Euro. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
- Heilmittel nach Abs. I 8 je Heilmittel an einem Behandlungstag 1,– Euro.
- Hilfsmittel nach Abs. I 9 je Hilfsmittel 2,50 Euro.
- Krankentransporte nach Abs. I 14 und Abs. III 8 je Transport 1,– Euro. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Fahrten zu und von einer ärztlichen Behandlung nach Abs. I 14 dritter Spiegelstrich.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 je Behandlungstag bei einem Zahnarzt 1,– Euro.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1, Abs. III 2 und Abs. III 6 je Kalendertag 1,– Euro für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die Versicherungsleistungen geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (VVG)

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original oder als Duplikat vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 6 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Leistungserbringer vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, die in dem abzurechnenden Geschäftsjahr mindestens das 21. Lebensjahr vollendet hat und für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und nicht gekündigt ist.

Sofern der Tarif EB der Continentale Krankenversicherung a.G. zu diesem Tarif vereinbart ist, müssen die genannten Voraussetzungen auch nach dem Tarif EB erfüllt sein, um für beide Tarife eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von jeweils 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge erhalten zu können.

Wenn nach diesem Tarif und/oder dem Tarif EB die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, entfällt für beide Tarife der Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)* erfüllt.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (VVG)

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.