

Tarif PREMIUM-MED

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif PREMIUM-MED

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.09.2021

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) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

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

b) Kostenerstattung für Heilbehandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland (vgl. § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i. V. m. Buchstabe a) sind die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

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

Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen der nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten oder in die Schweiz (vgl. Abs. 1) verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind. Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt. Der Versicherer wird im Rahmen dieser Vereinbarung einen zum Beendigungszeitpunkt angemessenen Beitragszuschlag erheben und ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen. Bis zum Ablauf der Befristung kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person die Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes beantragen, sofern sich die versicherte Person weiterhin in einem nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staat oder der Schweiz aufhält.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Antrages und schließt mit dem Versicherungsnehmer eine erneute Vereinbarung zu den Bedingungen nach den Sätzen 2 bis 5 ab. Stellt der Versicherungsnehmer keinen Verlängerungsantrag für die versicherte Person, endet die Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes und das Versicherungsverhältnis setzt sich nach Maßgabe von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 fort.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zurück in die Bundesrepublik Deutschland endet die getroffene Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes einschließlich des zuvor vereinbarten Beitragszuschlages.

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 Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen 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 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.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen 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 Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- bzw. Notfallambulanz, Hochschulambulanz oder Bereitschaftspraxis 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.

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

g) Leistungspflicht bei Kriegereignissen

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

h) Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 3 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat. Die schriftliche Zusage wird erteilt, wenn

- keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und
- die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird.

Die Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren sind nicht erstattungsfähig, wenn

- Ansprüche der versicherten Person gegenüber anderen Kostenträgern bestehen aber nicht geltend gemacht werden oder
- die Behandlung aufgrund von Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird.

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

- Ärzte der Human- und Zahnmedizin,
 - Studenten der Human- und Zahnmedizin,
 - deren Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, solange diese mit dem Arzt / Studenten der Human- und Zahnmedizin in häuslicher Gemeinschaft leben
- und
- deren Kinder, solange der Arzt / Student der Human- und Zahnmedizin für diese Kindergeld bezieht oder die Kinder sich in einer schulischen Ausbildung oder einem Studium befinden – längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres.

Bei Tod des nach diesem Tarif versicherten Arztes oder Studenten bleibt für

- den hinterbliebenen Ehegatten,
 - den hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartner und
 - deren Kinder, solange der hinterbliebene Ehegatte bzw. Lebenspartner für diese Kindergeld bezieht oder die Kinder sich in einer schulischen Ausbildung oder einem Studium befinden – längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres –
- die Versicherungsfähigkeit bestehen.

Die Versicherungsfähigkeit entfällt für alle nach diesem Tarif versicherten Personen bei Heirat des hinterbliebenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners einer nicht nach Tarif PREMIUM-MED versicherungsfähigen Person.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen bis einschließlich Alter 15
- Jugendliche sind Personen von Alter 16 bis einschließlich Alter 20
- Erwachsene sind Personen ab Alter 21

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. 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.

5. 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 Elternteiles vereinbart wird.

6. Wartezeiten

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

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

8. Vertragsdauer

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

9. Ende des Versicherungsverhältnisses

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

10. Weiterversicherung

Endet für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif nach Nr. 9, wird das Versicherungsverhältnis zum Ersten des Monats, der auf die Beendigung folgt, nach Tarif PREMIUM fortgesetzt. Der Tarifwechsel erfolgt ohne erneute Risikoprüfung.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Erstattet werden die Kosten ärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der GOÄ.

2. Ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine ambulante Anschlussrehabilitation, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann, und soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die ambulante Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation nicht mehr als vier Wochen liegen.

3. Psychotherapie

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 100 % erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr sind 80 % der Kosten erstattungsfähig.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von approbierten Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis bzw. in Einrichtungen nach Abschnitt A 1 d und Abschnitt A 1 e – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

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

Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) einschließlich der Vereinbarungen nach § 1 GOP i. V. m. § 2 GOÄ (siehe Anhang)* erstattet.

4. Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und
- durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese erforderlich, aber nicht ausführbar ist und
- die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet ist und
- die Soziotherapie durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird.

Die Kosten für Soziotherapie sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

5. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

6. 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 Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

7. Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

a) Behandlungspflege

Als Behandlungspflege gelten medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit ausgerichtet sind.

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

Die Kosten für Behandlungspflege sind erstattungsfähig, wenn

- eine stationäre Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder durch die Behandlungspflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- die Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt (Sicherungspflege).

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Behandlungspflege setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- die Behandlungspflege ärztlich verordnet ist und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

b) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Als Grundpflege gelten Grundverrichtungen des täglichen Lebens (z. B. Ernährung, Körperpflege). Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung (z. B. Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung). Die Kosten für Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung sind für die Dauer von bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, jedoch insgesamt nicht mehr als vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig, wenn

- die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Krankenhausvermeidungspflege zusammen mit Behandlungspflege ärztlich verordnet sind oder
- sich die versicherte Person wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, vorübergehend nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann (Unterstützungspflege); die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung müssen als Unterstützungspflege ärztlich verordnet sein.

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

Die Kosten für hauswirtschaftliche Versorgung sind nur erstattungsfähig, wenn gleichzeitig auch Grundpflege verordnet ist.

Die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann.

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

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

8. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn

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

Die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig.

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

9. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Blutteststreifen.

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

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

10. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).

11. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme für Heimdialyse).

Erstattungsfähig sind die Kosten für ein Hilfsmittel einschließlich Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

* 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.

Zudem sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Aufwendungen für Hörgeräte (apparative) einschließlich dazugehöriger Ohrpassstücke (Otoplastik) werden je Ohr bis zu 1.500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Diese Begrenzung gilt nicht für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen).

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Bezug ein Kostenvoranschlag einzureichen (gilt nicht für Hörgeräte nach Abs. 6 Satz 1). Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung bezogen, wird die über 1.000,- Euro hinausgehende tarifliche Leistung zu 80 % erbracht.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),
- Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

12. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 400,- Euro 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 nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

13. Refraktive Chirurgie

Kosten für augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit (refraktive Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen werden innerhalb der ersten zwei Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bis zu 400,- Euro je Auge erstattet. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr. Nach Ablauf der ersten zwei Kalenderjahre werden je Versicherungsfall bis zu 2.500,- Euro je Auge erstattet.

14. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO)

- als Standardimpfung,
- als Indikationsimpfung,
- als Reiseschutzimpfung oder
- aus beruflichen Gründen

empfohlen werden.

Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe erstattet.

15. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

Die Kosten für darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu 500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der maximale Erstattungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

16. Sozialpädiatrische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche, psychologisch-psychotherapeutische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungen (sozialpädiatrische Leistungen) in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V (siehe Anhang)*, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die versicherte Person aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung nicht von geeigneten niedergelassenen Ärzten behandelt werden kann und
- die sozialpädiatrischen Leistungen ärztlich verordnet sind.

Die Kosten für sozialpädiatrische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die die jeweilige Einrichtung mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart hat.

17. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung nach Abschnitt B III 1 erbracht werden und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen ärztlich verordnet sind und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt werden.

Die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch einen approbierten Arzt durchgeführt werden, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 20 Nachsorgeeinheiten innerhalb von zwölf Wochen erstattet.

18. Medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten

Erstattet werden die Kosten für ärztliche Leistungen der Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma oder Neurodermitis) nach der jeweils gültigen amtlichen GOÄ.

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

19. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber die Voraussetzungen nach Abs. 1, Spiegelstriche 1, 3 und 4 erfüllen, werden zu 80 % bis maximal 1.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der maximale Erstattungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

20. Haushaltshilfe

Erstattungsfähig sind die Kosten einer Haushaltshilfe, sofern der versicherten Person nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes

- wegen Schwangerschaft und Entbindung oder
- im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, eine ambulante Operation oder eine stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahme

vorübergehend nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die ärztliche Bescheinigung nach Satz 1 muss zudem Angaben über Beginn, Ende und Umfang (Tätigkeiten, Häufigkeiten) der erforderlichen Haushaltshilfe enthalten.

Die durch Rechnungsbelege nachgewiesenen Kosten einer Haushaltshilfe werden bis zu 20,- Euro je Stunde und 80,- Euro je Tag für insgesamt bis zu 28 Tage je Kalenderjahr erstattet.

Die Kosten einer Haushaltshilfe sind nicht erstattungsfähig, wenn

- für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung nach Nr. 7 besteht oder
- für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht oder
- eine Person die Haushaltshilfe übernimmt, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist.

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

21. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 9 für maximal

- drei Versuche der Insemination und
- drei Versuche der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder drei Versuche der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einschließlich der dabei erforderlichen IVF (IVF / ICSI).

Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft sind erstattungsfähig, wenn

- die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und
- bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Bestehen Ansprüche des bei der Continentale Krankenversicherung a.G. nicht versicherten Partners auf Leistungen der künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft bei anderen Kostenträgern (z. B. deutsche gesetzliche Krankenversicherung oder private Krankenversicherung), ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für die verbleibenden Restkosten leistungspflichtig. Die Vorleistung der anderen Kostenträger ist auf den Kostenbelegen nachzuweisen. Wenn der Leistungsanspruch gegenüber den zuvor genannten Kostenträgern nicht oder nicht rechtzeitig geltend gemacht wird, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif für die Behandlungskosten des nicht versicherten Partners.

Die in Satz 1 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat.

22. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte 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 ambulanten Operation in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung,
- 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 Versicherers nachzuweisen.

23. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

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

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

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*, für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung von oralen Implantaten erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %;
- Heil- und Kostenpläne mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten sechs Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,– Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,– Euro
- in den ersten sechs Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 10.000,– Euro

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000,– Euro betragen. 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 über 2.000,– Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit der Hälfte des tariflichen Prozentsatzes nach Nr. 1 erstattet.

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

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ, einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer 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 Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten inkl. Verblendungen.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für 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 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

Erstattet werden die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen.

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Die Regelungen zur Vergütungshöhe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes finden bei diesen Krankenhäusern keine Anwendung.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden 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) erstattet.

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

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

- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

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

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die stationäre 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 stationäre Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

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 werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person. Sofern die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung der Personengruppe der Kinder (vgl. Abschnitt A 3) angehört, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson stets als aus medizinischen Gründen notwendig.

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 maximal für die in Abschnitt B I 21 genannte Anzahl der aufgeführten Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen erstattet.

Die in Abschnitt B I 21 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind die Kosten für pflegerische Leistungen, Betreuung und medizinische Behandlungspflege (stationäre Kurzzeitpflege), wenn

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Abschnitt B I 7 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.

Die stationäre Kurzzeitpflege ist in zugelassenen Einrichtungen nach § 132 h SGB V (siehe Anhang)* oder in anderen von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Einrichtungen zu erbringen.

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

Erstattet werden die Kosten der stationären Kurzzeitpflege bis zu der in § 39 c Satz 2 SGB V i. V. m. § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang)* genannten Leistungsdauer und Leistungshöhe.

8. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person oder eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann und
- die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz ärztlich verordnet ist.

Die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines Versicherten in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

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

9. Krankentransporte

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

IV. Selbstbeteiligung für Kosten ambulanter Heilbehandlungen und zahnärztlicher Leistungen

1. Selbstbeteiligung je tarifliche Leistung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen und zahnärztliche Leistungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen. Die Selbstbeteiligung beträgt für

- **ärztliche Leistungen** nach Abs. I 1, Abs. I 13, Abs. I 14, Abs. I 15, Abs. I 18 und Abs. I 21:
20,– Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen, Ausstellung von Rezepten, Messung von Körperzuständen).
- **ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen** nach Abs. I 2:
20,– Euro je Behandlungstag.
- **psychotherapeutische Leistungen** nach Abs. I 3:
20,– Euro je Sitzung für höchstens 30 Sitzungen je Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
- **Leistungen für Soziotherapie** nach Abs. I 4:
20,– Euro je Behandlungstag.

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

- **Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern** nach Abs. I 5:
20,– Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- **Heilpraktikerleistungen** nach Abs. I 6:
20,– Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- **häusliche Krankenpflege** nach Abs. I 7:
20,– Euro je Behandlungstag.
- **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach Abs. I 8:
20,– Euro je Behandlungstag.
- **Arznei- und Verbandmittel** nach Abs. I 9 und Abs. I 21 sowie **Impfstoffe** nach Abs. I 14:
20,– Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. 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 10:
20,– Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- **Hilfsmittel** nach Abs. I 11:
20,– Euro je Hilfsmittel.
- **sozialpädiatrische Leistungen** nach Abs. I 16:
20,– Euro je Behandlungstag.
- **sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen** nach Abs. I 17:
20,– Euro je Behandlungstag.
- **digitale Gesundheitsanwendungen** nach Abs. I 19:
20,– Euro je Verordnung.
- **Haushaltshilfe** nach Abs. I 20:
20,– Euro je Tag.
- **Krankentransporte** nach Abs. I 22:
20,– Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten nach Abs. I 22 zweiter bis vierter Spiegelstrich gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
- **zahnärztliche Leistungen** nach Abs. II 1:
20,– Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.

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

2. Begrenzung der Selbstbeteiligung

Je versicherte Person und Kalenderjahr ist die Summe aller Selbstbeteiligungen nach Nr. 1 auf 500,– Euro für Erwachsene und 250,– Euro für Kinder und Jugendliche begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die maximal zu tragende Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

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 der Bundesrepublik Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original 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 8 Abs. 1 vierter 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.

D) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person vom Beitrag befreit.

Die Beitragsbefreiung gilt für jeden Monat, in dem Elterngeld bezogen wird, maximal für sechs Monate, sofern

- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, für das Elterngeld beantragt wird, mindestens acht Monate nach diesem Tarif – nicht als Anwartschaftsversicherung – versichert ist,
- die Beitragsraten zu Beginn des Bezuges von Elterngeld vollständig gezahlt worden sind und die versicherte Person zu Beginn des Bezuges von Elterngeld nicht im Notlagentarif versichert ist,
- keine Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person für diesen Tarif besteht und
- der Bezug von Elterngeld innerhalb von drei Monaten nach Bezugsbeginn durch eine Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird.

Maßgebend ist der jeweils zu zahlende Monatsbeitrag der versicherten Person für diesen Tarif einschließlich etwaiger Zuschläge. Der Beitragsanteil für eine zu diesem Tarif vereinbarte Beitragsentlastungskomponente unterliegt nicht der Beitragsbefreiung.

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (VVG).

Die Beitragsbefreiung beginnt zum 1. des Monats, der auf den Beginn des Bezuges von Elterngeld folgt.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

E) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, 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.

F) Überschussverwendung

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

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.