

Tarif Start Ambulant (StartA)

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartA für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.04.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B II.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 7 RB/EF 2011 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e RB/EF 2011 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 5 RB/EF 2011 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. Wartezeiten

a) Für Brillen oder Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen sowie für Naturheilverfahren (vgl. Abschnitt B I) gilt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

b) Die Wartezeiten entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B II und bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

B) Leistungen des Versicherers

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Jahres, ermäßigen sich die nachfolgenden Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat. Dies gilt nicht für die Höchstleistungsbeträge bei Brillen oder Kontaktlinsen (vgl. Abs. I 1) und bei Auslandsaufenthalten (vgl. Abs. II).

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

1. Brillen oder Kontaktlinsen

Die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden je Leistungsperiode mit 100 % bis zu insgesamt

- 150,- Euro je versicherte Person ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, erstattet;
- 75,- Euro je versicherte Person bis zum 31.12. des Kalenderjahres vor Vollendung des 18. Lebensjahres erstattet.

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Für die Leistungsperiode, in der die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, werden die Kosten insgesamt bis zu 150,- Euro erstattet.

2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Impfstoffe für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen werden, werden mit 100 % bis zu insgesamt 150,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Die erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen sind in der anhängenden Liste der Vorsorgeuntersuchungen aufgeführt.

3. Naturheilverfahren

Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem anhängenden Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben.

Die Kosten für Naturheilverfahren und verordnete Arzneimittel (einschließlich Zuzahlungen) im Rahmen von Naturheilverfahren werden insgesamt bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person wie folgt erstattet:

- Die Kosten für Naturheilverfahren bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätze werden zu 50 % erstattet.
- Im Rahmen von Naturheilverfahren verordnete, von der GKV nicht erstattungsfähige Arzneimittel werden zu 50 % erstattet.
- Im Rahmen von Naturheilverfahren anfallende Zuzahlungen zu von der GKV erstattungsfähigen Arzneimitteln nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) werden zu 100 % erstattet.

Insgesamt werden unter Anrechnung einer eventuellen Leistung der GKV maximal 100 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Naturheilverfahren, die durch die in § 4 Abs. 2 RB/EF 2011 genannten Leistungserbringer entstehen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische und psychiatrische Leistungen.

II. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalles), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;
- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen.
Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhausstagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.
Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist;
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung vorgenommen wird. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall eines Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro je versicherte Person; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

2. Dauer des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 RB/EF 2011 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 RB/EF 2011).

3. Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners nach dem LPartG oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
- Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich

Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 66 Jahre alt wird, ist der Beitrag der folgenden Altersgruppe zu zahlen.

2. Leistungsunterlagen

Sofern die GKV im Rahmen von Naturheilverfahren nach Abschnitt B I 3 keine Vorleistung erbringt, sind abweichend von § 6 Abs. 1 RB/EF 2011 die Original-Rechnungen einzureichen. Ein Vorleistungsvermerk der GKV ist insoweit nicht erforderlich.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die nach Abschnitt B I 2 erstattungsfähig sind:

- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
- Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 17. Lebensjahr
- Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit
 1. Anamnese
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
 2. Klinische Untersuchung
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)
ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Lungenfunktionstest
- Schilddrüsen – Vorsorgeuntersuchung mittels Bestimmung des schilddrüsenstimulierenden Hormons (TSH) und Ultraschalluntersuchung des Organs
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie („Glaukom-Vorsorge“)
- Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“)
- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht