



FAQ

nur zur internen  
Verwendung

## Private Krankenversicherung PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten

Vertrauen, das bleibt.

# Tarif BUSINESS:

## Ihre Fragen – Unsere Antworten!

### 1. Inhalt

### 2. Allgemeines

2.1 Was zeichnet den Tarif BUSINESS aus?	4
2.2 Warum setzt die Continentale auf die freie Arztwahl?	4
2.3 Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?	4
2.4 Wie wird wirtschaftliches Verhalten der Versicherten belohnt?	4
2.5 Welche Besonderheiten gibt es bei der Nachversicherung von Neugeborenen?	5
2.6 Gibt es eine RechnungsApp?	5

### 3. Ambulante Leistungen

3.1 Gibt es Alters- und Intervallbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen?	5
3.2 Werden Schutzimpfungen erstattet, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden?	5
3.3 Werden die Behandlungskosten alternativer Heilmethoden anerkannt?	5
3.4 Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?	6
3.5 Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen/-innen erstattungsfähig?	6
3.6 Sind im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel auch Präparate und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig?	6
3.7 Können Arzneimittel aus dem Internet bezogen werden?	6
3.8 Gibt es eine Heilmittelversorgung durch Krankenschwestern/-pfleger?	6
3.9 Sind Leistungen bei häuslicher Behandlungspflege vorgesehen?	6
3.10 Ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) versichert?	6
3.11 Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff?	6
3.12 Wie funktioniert die Erstattung für Sehhilfen?	7
3.13 Besteht ein Rechtsanspruch auf die Erstattung von Körperersatzstücken?	7
3.14 Werden die Kosten für eine Behandlung in einer Krankenhausambulanz übernommen?	7
3.15 Sind ambulante Krankentransporte versichert?	7
3.16 Welche Rahmenbedingungen gelten für die Erstattung der Kosten digitaler Gesundheitsanwendungen?	8

## 4. Stationäre Leistungen

4.1 Wird für die Unterbringung und Behandlung in Privatkliniken geleistet?	8
4.2 Kann eine gemischte Krankenanstalt auch ohne vorherige Kostenzusage aufgesucht werden?	8
4.3 Sind die Kosten einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation mitversichert?	8
4.4 Werden Hospizleistungen erstattet?	8
4.5 Bis wann ist ein Krankenhausaufenthalt anzuzeigen?	8

## 5. Zahnärztliche Leistungen

5.1 Welche Leistungen sieht der Tarif BUSINESS bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oraler Implantation und Augmentation vor?	9
---	---

## 6. Übergreifende Leistungen

6.1 Werden Kosten für Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen übernommen?	10
6.2 Werden Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft erstattet?	10
6.3 Gilt der Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland?	10
6.4 Werden ausländische Rechnungen zu den dort üblichen Preisen erstattet (keine Begrenzung auf die GOÄ)?	10

# 1. Allgemeines

## 1.1 Was zeichnet den Tarif BUSINESS aus?

Unser Vollversicherungstarif BUSINESS verbindet für qualitätsbewusste Kunden erstklassigen Schutz, Wirtschaftlichkeit und Flexibilität:

- **Garantiert Beiträge zurück – wenn keine Rechnungen eingereicht werden**  
Mit BUSINESS können Ihre Kunden verlässlich rechnen. Die garantierte Pauschalleistung belohnt ihr wirtschaftliches Verhalten und zahlt garantiert bis zu 1.760 Euro zurück, wenn keine Rechnungen eingereicht werden. Zusätzlich ist eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung von bis zu 880 Euro möglich.
- **Erstklassiger Schutz**  
Mit BUSINESS setzt Ihr Kunde in allen Bereichen auf eine erstklassige privatärztliche Behandlung: Von der ambulanten Behandlung bei dem Arzt, Zahnarzt bzw. Spezialisten seiner Wahl bis zur stationären Krankenhausbehandlung im Ein-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung – u. a. 85 % für Zahnersatz (beides wenn erforderlich auch über die Höchstsätze GOÄ / GOZ hinaus), Hilfsmittel ohne Einschränkung auf „einfache Ausführung“.
- **Flexibel ergänzen**  
BUSINESS können Sie passend zum individuellen Bedarf Ihrer Kunden sinnvoll ergänzen. Wir haben auch dazu erstklassige Lösungen z. B. den Beitragsentlastungsbaustein BE, unsere Kur- und PflegeGarant-Tarife. Ein Krankentagegeld sollte in keiner Absicherung fehlen.
- **Langfristige Sicherheit – auch weltweit**  
BUSINESS schützt ein Leben lang – auch im europäischen Ausland. Weltweiter Versicherungsschutz ist bis zu 12 Monaten ohne besondere Vereinbarung möglich.
- **Schneller Service – rund um die Uhr**  
Der Gesundheits-Service bietet 24 Stunden einen persönlichen Ansprechpartner, der verlässlich Hilfe vermittelt. Ihr Kunde erhält diesen hochwertigen Versicherungsschutz zu einem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis.

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

## 1.2 Warum setzt die Continentale auf die freie Arztwahl?

Unsere Versicherten genießen bei uns grundsätzlich – auch im Tarif BUSINESS – die freie Arztwahl. Die Gründe: Die heutigen Hausarztmodelle in der PKV leisten aus unserer Sicht keinen Beitrag zu einer qualitativ besseren Versorgung der Versicherten. Der Versicherte muss im Gegenzug aber Abzüge bis zu 25 % bei der Kostenerstattung in Kauf nehmen, sofern er direkt den Facharzt aufsucht und zwar ggf. für den gesamten Behandlungsverlauf einer Erkrankung. Diese Abzüge sind in der Regel der Höhe nach nicht begrenzt und fallen zusätzlich zu einer festen jährlichen Selbstbeteiligung an.

## 1.3 Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?

Der Tarif BUSINESS sieht eine pauschale Selbstbeteiligung je versicherte Person und Kalenderjahr vor. Die Selbstbeteiligung beträgt für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen insgesamt 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder und Jugendliche.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die 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.

## 1.4 Wie wird wirtschaftliches Verhalten der Versicherten belohnt?

Ihr Kunde geht mit seiner Gesundheit verantwortungsbewusst um. Unnötige Arztbesuche vermeidet er, denn er denkt wirtschaftlich und nachhaltig: Kleinere Arztrechnungen zahlt er lieber selber. Denn bei BUSINESS bekommt er bis zu 1.760 Euro garantierte Pauschalleistung zurück. Darüber hinaus ist eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung von bis zu 880 Euro möglich. Damit hat BUSINESS Raum für ein persönliches Gesundheitsmanagement, z. B. für zusätzliche Rücklagen, um Beiträge im Alter zu reduzieren oder um kleinere Gesundheitsmaßnahmen zu finanzieren.

### Rückerstattung bis zu 2.640 Euro – ab Beginn

Basis für die Berechnung ist der sogenannte Pauschalleistungs-Grundbetrag. Ab dem 01.01.2019 beträgt dieser 440 Euro. Abhängig von der leistungsfreien Zeit erhält Ihr Kunde ab 21 Jahren bis zum 4fachen des Grundbetrags, also bis zu 1.760 Euro pro Kalenderjahr - sogar ab Beginn Ihres Versicherungsschutzes. Liegt der Versicherungsbeginn innerhalb des Kalenderjahres, reduziert sich der Grundbetrag für das erste Jahr anteilig. Voraussetzung ist, dass Ihr Kunde im Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht hat, die Beiträge vollständig – ohne Störung – bezahlt sind und der Vertrag im Folgejahr weiter fortbesteht. Für Azubis und Studenten ab 18 Jahre mit den Besonderen Bedingungen AZ beträgt der Grundbetrag 220 Euro. Nimmt Ihr Kunde Leistungen in Anspruch, entfällt der Anspruch auf die Pauschalleistung für das laufende Versicherungsjahr. In den kommenden 4 Jahren baut er diesen Anspruch bei Leistungsfreiheit wieder voll auf.

### Dynamik inklusive

Damit die Pauschalleistung Ihres Kunden nachhaltig wirtschaftlich ist, gibt es eine Dynamik. Steigen die Versicherungsbeiträge im Neugeschäft im Durchschnitt, so erhöht sich der Pauschalleistungs-Grundbetrag um 3 %, aufgerundet auf volle 10 Euro.

## **1.5 Welche Besonderheiten gibt es bei der Nachversicherung von Neugeborenen?**

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab der Geburt mitversichert werden,

- beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt.
- besteht Versicherungsschutz für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.
- sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

## **1.6 Gibt es eine RechnungsApp?**

Ja, über die Continentale RechnungsApp können Rechnungen, Rezepte, Verordnungen, Heil- und Kostenpläne oder Bescheinigungen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Pflegeeinstufung) eingereicht werden. Die Continentale RechnungsApp ist ein bequemer, einfacher und sicherer Weg, um Belege an die Continentale zu übermitteln. Die App ist kostenlos für die Betriebssysteme iOS (ab Version 8) und Android (ab Version 4.1) erhältlich.

### Wichtiger Hinweis:

Empfehlen Sie Ihren Kunden allerdings Rechnungen zu sammeln und diese erst einzureichen, wenn es sich lohnt. Denn häufig fällt die Beitragsrückerstattung höher aus als die Erstattung der Rechnungskosten.

Weitere Informationen zur Continentale RechnungsApp erhalten Sie unter <https://www.continentale.de/rechnungsapp>.

# **2. Ambulante Leistungen**

## **2.1 Gibt es Alters- und Intervallbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen?**

Es gibt keine Alters- und Intervallbeschränkungen bei den Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die Selbstbeteiligung umfasst auch die Vorsorgeuntersuchungen. Die Pauschalleistung kann gegebenenfalls hierfür eingesetzt werden.

## **2.2 Werden Schutzimpfungen erstattet, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden?**

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

## **2.3 Werden die Behandlungskosten alternativer Heilmethoden anerkannt?**

Ja. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden herausgegebenen Fassung (GebüH) enthalten sind, sowie darüber hinaus auch die Verrichtungen, die im „Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren“ der Continentale enthalten sind, werden anerkannt. Die Erstattung erfolgt tarifgemäß analog der dort aufgeführten Gebührensätze bis zu den Höchstsätzen GebüH. Damit werden nicht nur alle Verfahren aus dem Hufelandverzeichnis und dem GebüH anerkannt, sondern darüber hinaus auch neuartige alternative Verfahren, die sich als erfolgsversprechend bewährt haben und die in dem Leistungsverzeichnis abgebildet sind.



#### **2.4 Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?**

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 100 %, ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr zu 80 % erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung werden die Kosten von uns nur nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage erstattet.

#### **2.5 Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen/-innen erstattungsfähig?**

Ja, approbierte Psychologische Psychotherapeuten/-innen sind Leistungserbringer im Sinne unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Tarifbedingungen Abschnitt B I 2 b).

#### **2.6 Sind im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel auch Präparate und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig?**

Ja. Präparate und Mittel zur enteralen und parenteralen, d. h. künstlichen Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

#### **2.7 Können Arzneimittel aus dem Internet bezogen werden?**

Ja. Arzneimittel können auch von Internet- und Versandapotheken bezogen werden, wenn sie eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

#### **2.8 Gibt es eine Heilmittelversorgung durch Krankenschwestern/-pfleger?**

Unter „Heilmittel“ fallen Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie und diese müssen von entsprechend qualifizierten Angehörigen der Heilhilfsberufe (z. B. Krankengymnasten, Logopäden) nach Verordnung von niedergelassenen approbierten Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführt werden. Das Berufsbild der Krankenschwestern/-pfleger als staatlich geprüfte Angehörige der Heilhilfsberufe hat andere Inhalte. Soweit sie als Bedienkräfte lebenserhaltender Systeme eingesetzt werden, wenden sie keine Heilmittel an.

#### **2.9 Sind Leistungen bei häuslicher Behandlungspflege vorgesehen?**

Ja. Unter die Behandlungspflege fallen ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.). Diese sollen eine Heilung, Besserung und Linderung bewirken bzw. eine Verschlimmerung der Krankheit vermeiden. Eine vorherige schriftliche Leistungszusage (dem Grunde und der Höhe nach) ist erforderlich.

#### **2.10 Ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) versichert?**

Ja. Kosten für eine SAPV sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt. Zudem muss diese ärztlich verordnet sein und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden.

#### **2.11 Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff?**

Ja. Der Tarif BUSINESS kennt keinen abgeschlossenen Hilfsmittelkatalog. Hilfsmittel sind alle technische Mittel oder Körperersatzstücke (außer Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Medizinischer Fortschritt ist somit mitversichert.

- Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.
- Aufwendungen für Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden pro Ohr bis zu einem Betrag von 1.500 Euro pro Kalenderjahr erstattet.
- Übersteigen die Kosten für den Kauf eines Hilfsmittels 1.000 Euro, ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. 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 gekauft, wird die tarifliche Leistung zu 80 % erbracht.

- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen
  - Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, wenn diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben,
  - Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),
  - Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind, zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

## **2.12 Wie funktioniert die Erstattung für Sehhilfen?**

Die Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 400 Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode - nicht das Jahr des Erstbezugs.

Die Vorlage einer ärztlichen Verordnung ist unter den beiden folgenden Voraussetzungen nicht erforderlich:

- Die erste Sehhilfe wird mehr als drei Jahre nach Tarifbeginn angeschafft oder es ist ein Beitragszuschlag für Sehhilfen im Vertrag vereinbart.
- Die medizinische Notwendigkeit wird mit der Rechnung nachgewiesen. Sphärische Werte von unter +/- 0,5 Dioptrien stellen z. B. keine medizinische Notwendigkeit dar.

Die Kosten für eine Folgeversorgung mit Sehhilfen werden übernommen, sobald die tarifliche Leistungsperiode von zwei Kalenderjahren abgelaufen ist. Eine Änderung der Sehschärfe oder die Beschädigung der Brille bzw. der Kontaktlinsen sind nicht erforderlich.

Wird der Höchstbetrag innerhalb der tariflichen Leistungsperiode bei der Erstattung einer Sehhilfe (z. B. einer Brille) nicht vollständig erreicht, steht der verbleibende Betrag für die Erstattung weiterer Sehhilfen (z. B. Kontaktlinsen oder einer Sportbrille) zur Verfügung.

## **2.13 Besteht ein Rechtsanspruch auf die Erstattung von Körperersatzstücken?**

Ja. Körperersatzstücke (z. B. künstliches Kniegelenk) gelten als Hilfsmittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen. Zahnersatz ist kein Körperersatzstück.

## **2.14 Werden die Kosten für eine Behandlung in einer Krankenhausambulanz übernommen?**

Ja. Nach § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 besteht grundsätzlich freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten (freie Arztwahl). In Erweiterung dazu steht der versicherten Person auch die Wahl unter den liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

## **2.15 Sind ambulante Krankentransporte versichert?**

Ja. Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus. Als Transportkosten gelten auch ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung sowie ärztlich verordnete Krankentransporte, 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.

## **2.16 Welche Rahmenbedingungen gelten für die Erstattung der Kosten digitaler Gesundheitsanwendungen?**

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

1. es sich um Medizinprodukte niedriger Risikoklasse 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
2. diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
3. diese durch einen approbierten Arzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
4. diese dem Grunde nach nicht anderweitigen versicherten Leistungen zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Anbieter von der GKV erhalten würde. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle der Kostenerstattung die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen. 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).

## **3. Stationäre Leistungen**

### **3.1 Wird für die Unterbringung und Behandlung in Privatkliniken geleistet?**

Ja. Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

### **3.2 Kann eine gemischte Krankenanstalt auch ohne vorherige Kostenzusage aufgesucht werden?**

Ja. Die Kosten für eine Behandlung in einer gemischten Anstalt werden auch ohne vorherige Kostenzusage übernommen, 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.

### **3.3 Sind die Kosten einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation mitversichert?**

Ja. Erstattungsfähig sind die Kosten für eine Anschlussrehabilitation, wenn für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand. Die Anschlussrehabilitation muss außerdem vom Krankenhausarzt veranlasst werden und für die Erkrankung muss auch nach der Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin eine krankenhaustypische Behandlung erforderlich sein. Zwischen der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und der Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, dürfen nicht mehr als zwei Wochen liegen.

### **3.4 Werden Hospizleistungen erstattet?**

Ja. 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, besteht für darüber hinausgehende Aufwendungen Leistungspflicht. Eine vorherige schriftliche Leistungszusage (dem Grunde und der Höhe nach) ist erforderlich.

### **3.5 Bis wann ist ein Krankenhausaufenthalt anzuzeigen?**

Die gesonderte Anzeige eines Krankenhausaufenthaltes in Deutschland ist nicht erforderlich.



## 4. Zahnärztliche Leistungen

### 4.1 Welche Leistungen sieht der Tarif BUSINESS bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oraler Implantation und Augmentation vor?

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) - wenn erforderlich auch - über die Höchstsätze hinaus bei

Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen	100 %
Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material-/Laborleistungen	85 %
sechs orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen	85 %
augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer stehen	85 %
Anästhesie und Röntgenleistungen	100 %

Der Tarif BUSINESS beinhaltet eine Leistungsstaffel. Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material-/Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn je versicherte Person für die ersten sechs Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000 Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000 Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000 Euro
- in den ersten sechs Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 6.000 Euro

Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr.

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.

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. Wir haben uns verpflichtet, 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 oben genannten tariflichen Prozentsatzes erstattet.

## 5. Übergreifende Leistungen

### 5.1 Werden Kosten für Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen übernommen?

Ja. Für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren werden die Kosten erstattet, sofern keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Dies gilt aber nicht für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit. Vor Beginn der Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahme ist eine schriftliche Zusage dem Grunde und der Höhe nach für eine Kostenübernahme erforderlich.

### 5.2 Werden Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft erstattet?

Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom gewählten Verfahren. Sofern aus medizinisch notwendigen Gründen die ambulante Behandlung nicht möglich ist, sind die Kosten für stationäre Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Die Maßnahme muss nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich sein und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegen. 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 gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei uns 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.

### 5.3 Gilt der Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland?

Ja. Es besteht für 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.

### 5.4 Werden ausländische Rechnungen zu den dort üblichen Preisen erstattet (keine Begrenzung auf die GOÄ)?

Ja, soweit es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt im Ausland handelt. Dann gilt bei der Ermittlung der erstattungsfähigen Beträge das Kriterium der Orts- oder Landesüblichkeit. Das bedeutet, dass wir die Beträge anerkennen, die in dem jeweiligen Gebiet / Land ortsüblich und angemessen sind. Nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum das Versicherungsverhältnis mit der Einschränkung fortgesetzt, dass der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 aufgeführten Staaten gleichgestellt.



# Vertrauen, das bleibt.

## **Die Continentale Krankenversicherung**

Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist Teil des Continentale Versicherungsverbundes, einem der großen deutschen Versicherer. Ein typischer Versicherungskonzern ist der Verbund jedoch nicht. Denn bereits seit der Gründung der Muttergesellschaft im Jahre 1926 ist er ein „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“. Daher stellt er die Menschen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt.

Nur so kann der Verbund seinen Ansprüchen treu bleiben und nachhaltige Transparenz, Sicherheit und Stabilität bieten. Oder wie wir es nennen: Vertrauen, das bleibt.

*Die genannten Leistungsbeschreibungen und weiteren Ausführungen sind lediglich Kurzfassungen. Maßgebend sind die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Continentale Krankenversicherung a.G. Dieses Druckstück dient nur der internen Verwendung. Die erstellten Inhalte unterliegen dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung durch die Continentale Krankenversicherung a.G.*

2909/06.2022



**Continentale Krankenversicherung a.G.**  
Ruhrallee 92  
44139 Dortmund  
[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit