

Tarif BUSINESS

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

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

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

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für 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.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

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

d) Medizinische Versorgungszentren

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

Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

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

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

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

e) Krankenhausambulanzen

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

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

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

f) Internet- und Versandapotheken

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

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

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

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

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

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

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

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

j) Umrechnung ausländischer Währung

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Definition der Personengruppen

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

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

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

4. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen beträgt insgesamt 500,- Euro für Erwachsene und 250,- Euro für Kinder und Jugendliche. Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

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.

5. Versicherungsjahr

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

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

6. Neugeborenenachversicherung

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

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

7. Wartezeiten

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

8. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

9. Vertragsdauer

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

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen nach Abschnitt I, zahnärztlicher Leistungen nach Abschnitt II und stationärer Krankenhausbehandlungen nach Abschnitt III. Die Selbstbeteiligung wird von dem jeweiligen Betrag abgezogen.

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. Psychotherapie

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.

Die Kosten ab der 31. Sitzung werden nur nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet, einschließlich der Vereinbarungen nach § 1 GOP i.V.m. § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

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

4. Heilpraktikerleistungen

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

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

5. Häusliche Behandlungspflege

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

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

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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

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

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

7. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

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

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

8. Heilmittel

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

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

9. 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 und Systeme für Heimdialyse).

Erstattungsfähig sind die Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

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 Ohrpassstücke (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.

10. 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 gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

11. Schutzimpfungen

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

12. Vorsorgeuntersuchungen

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

13. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

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

Weitere Voraussetzungen sind, dass

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

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

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

14. Krankentransporte

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 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.

15. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

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

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

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- sechs orale Implantate je Kiefer 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 der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen 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:

- 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

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.

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)*.

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

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

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen

Erstattet werden die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen.

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

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

Die Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren werden ausschließlich im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen 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
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen (privatärztliche Behandlungen) nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

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

3. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Wird für die gesamte Dauer eines Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für die gesondert berechenbare Unterkunft / privatärztliche Behandlung verzichtet, erhält der Versicherungsnehmer je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Verzicht auf Kostenerstattung für	Höhe des Ersatz-Krankenhaustagegeldes
das Ein-Bett-Zimmer	20,- Euro
das Ein- und Zwei-Bett-Zimmer	40,- Euro
die privatärztliche Behandlung	50,- Euro

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

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

Ein Ersatz-Krankenhaustagegeld nach Nr. 3 wird nicht gezahlt.

5. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung.

6. 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.

7. Aufnahme einer Begleitperson

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

8. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1 und privatärztliche Behandlungen nach Nr. 2, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 13 erstattet.

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

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

9. Hospizleistungen

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

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

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

10. 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. Pauschalleistung

1. Voraussetzungen für die Pauschalleistung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person im Folgejahr eine Pauschalleistung, wenn

- a) die versicherte Person im abzurechnenden Geschäftsjahr zur Personengruppe der Erwachsenen gehört und
- b) für die versicherte Person keine Versicherungsleistungen nach den Abschnitten I bis III für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden und
- c) die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind und
- d) die Versicherung für die versicherte Person nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und keine Kündigung erklärt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Pauschalleistung für das abzurechnende Geschäftsjahr nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und insoweit keine Kündigung erklärt ist.

2. Höhe und Staffel der Pauschalleistung

Der Pauschalleistungs-Grundbetrag beträgt 420,- Euro. Er reduziert sich jeweils um 1/12 für jeden Monat, in dem für die versicherte Person kein Versicherungsschutz nach den Abschnitten I bis III bestand. Der Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Satz 1 beträgt jedoch nicht mehr als 1/12 der im abzurechnenden Geschäftsjahr für die versicherte Person nach diesem Tarif gezahlten Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag).

Für jede versicherte Person, die die Voraussetzungen nach Nr. 1 erfüllt, wird ab erstmaligem Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bzw. ab Wechsel in die Personengruppe der Erwachsenen das Vierfache des Pauschalleistungs-Grundbetrags gezahlt.

Wurden die Voraussetzungen nach Nr. 1 für die Pauschalleistung nicht erfüllt, erhält der Versicherungsnehmer für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Pauschalleistung für die versicherte Person.

Ein erneuter Anspruch auf Pauschalleistung wird – bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Nr. 1 – nach folgender Staffel erworben:

Anzahl der aufeinander folgenden leistungsfreien Geschäftsjahre	Vervielfachung des Pauschalleistungs-Grundbetrags
1	Einfacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1
2	Zweifacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1
3	Dreifacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1
4	Vierfacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1

Bei erneuter Versicherung nach diesem Tarif wird der Anspruch auf Pauschalleistung für die versicherte Person entsprechend der vorangegangenen Staffel erworben.

3. Dynamisierung der Pauschalleistung

Erhöhen sich im Durchschnitt die Neugeschäftsbeiträge der 21- bis 65-Jährigen, wird der Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Nr. 2 Abs. 1 Satz 1 um 3 % erhöht und auf volle 10,- Euro aufgerundet. Der Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Nr. 2 Abs. 1 Satz 1 erhöht sich ab dem Zeitpunkt der Änderung der Neugeschäftsbeiträge, bei einer unterjährigen Erhöhung der Neugeschäftsbeiträge ab dem 1.1. des Folgejahres. Eine Rückwirkung auf abgeschlossene Geschäftsjahre erfolgt nicht.

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.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

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

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

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

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 6 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

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

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.

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

D) Überschussverwendung

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

E) Garantie zur Versicherungspflicht

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

F) 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.

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