



FAQ

nur zur internen  
Verwendung

## Private Krankenversicherung COMFORT-MED

Ihre Fragen – unsere Antworten

Vertrauen, das bleibt.

# Tarif COMFORT-MED: Ihre Fragen – unsere Antworten!

## 1. Allgemeines

1.1 Was zeichnet den Tarif COMFORT-MED aus?	4
1.2 Wer kann sich im Tarif COMFORT-MED versichern?	4
1.3 Ist die Versicherungsnehmereigenschaft auf den versicherungsfähigen Personenkreis begrenzt?	4
1.4 Können Medizinstudenten und Ärzte in Ausbildung zum Facharzt auch die Ausbildungsvariante „AZ“ abschließen?	4
1.5 Welche besondere Flexibilität genießen Ärzte in einer Ausbildung zum Facharzt?	4
1.6 Kann die Ausbildungsvariante „AZ“ bei einer Unterbrechung der Ausbildung zum Facharzt, z. B. wegen Elternzeit, verlängert werden?	4
1.7 Wieso konnte der Tarif COMFORT-MED günstiger kalkuliert werden als der Tarif COMFORT?	5
1.8 Welche Ergänzungen zum COMFORT-MED sind wichtig?	5
1.9 Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?	5
1.10 Gibt es eine RechnungsApp?	5

## 2. Ambulante Leistungen

2.1 Gibt es Alters- und Intervallbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen?	6
2.2 Werden Schutzimpfungen erstattet, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden?	6
2.3 Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?	6
2.4 Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen erstattungsfähig?	6
2.5 Sind im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel auch Präparate und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig?	6
2.6 Können Arzneimittel aus dem Internet bezogen werden?	6
2.7 Gibt es eine Heilmittelversorgung durch Krankenschwestern / -pfleger?	6
2.8 Sind Leistungen bei häuslicher Behandlungspflege vorgesehen?	6
2.9 Ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) versichert?	6
2.10 Wie funktioniert die Erstattung für Sehhilfen?	7
2.11 Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff?	7
2.12 Besteht ein Rechtsanspruch auf die Erstattung von Körperersatzstücken?	7
2.13 Sind die Kosten für einen Blindenführhund versichert?	7
2.14 Werden die Kosten für eine Behandlung in einer Krankenhausambulanz übernommen?	7
2.15 Sind ambulante Krankentransporte versichert?	7
2.16 Welche Rahmenbedingungen gelten für die Erstattung der Kosten digitaler Gesundheitsanwendungen?	8

### **3. Stationäre Leistungen**

3.1	Werden belegärztliche Behandlungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ / GOZ erstattet?	8
3.2	Wird für die Unterbringung und Behandlung in Privatkliniken geleistet?	8
3.3	Kann eine gemischte Krankenanstalt auch ohne vorherige Kostenzusage aufgesucht werden?	8
3.4	Sind die Kosten einer stationären Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation mitversichert?	8
3.5	Werden Hospizleistungen erstattet?	8
3.6	Bis wann ist ein Krankenhausaufenthalt anzuzeigen?	9

### **4. Zahnärztliche Leistungen**

4.1	Welche Leistungen sieht COMFORT-MED bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oraler Implantation und Augmentation vor?	9
-----	--	---

### **5. Übergreifende Leistungen**

5.1	Was bedeutet „notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug“?	10
5.2	Werden Kosten für Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen übernommen?	10
5.3	Werden Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft erstattet?	10
5.4	Gilt der Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland?	10
5.5	Werden ausländische Rechnungen zu den dort üblichen Preisen erstattet (keine Begrenzung auf die GOÄ)?	10

# 1. Allgemeines

## 1.1 Was zeichnet den Tarif COMFORT-MED aus?

Die Continentale bietet mit dem Tarifkonzept COMFORT-MED einen wirtschaftlichen, leistungsstarken und flexiblen Versicherungsschutz für Mediziner zu vorteilhaft günstigen Beiträgen. Das hervorragende Preis-Leistungs-Verhältnis und das attraktive Rückerstattungsmodell zeichnen diese Tarife aus. Das macht sie zu wettbewerbsstarken Produkten und einem interessanten Angebot.

## 1.2 Wer kann sich im Tarif COMFORT-MED versichern?

Versicherungsfähig sind Human- und Zahnmediziner, Medizinstudenten der Human- oder Zahnmedizin sowie deren Ehegatten bzw. eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, solange diese mit dem Arzt / Medizinstudenten in häuslicher Gemeinschaft leben. Deren Kinder können versichert werden, solange der Arzt / Medizinstudent für diese Kindergeld bezieht bzw. die Kinder sich in einer schulischen Ausbildung oder einem Studium befinden – maximal bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. Bei Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit (häusliche Gemeinschaft, Kindergeld, schulische Ausbildung / Studium) wird die Versicherung im Tarif COMFORT weitergeführt. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung.

## 1.3 Ist die Versicherungsnehmereigenschaft auf den versicherungsfähigen Personenkreis begrenzt?

Nein. Auch Personen, die nicht versicherungsfähig sind, können Versicherungsnehmer sein.

### Beispiel:

Ein Arzt ist bei einem anderen Unternehmen krankheitskostenvollversichert. Bei der Continentale wird ein Antrag auf Abschluss des Tarifs COMFORT-MED für den Sohn (Student: Maschinenbau) gestellt. Die Ehefrau (versicherungspflichtige Bankkauffrau) soll Versicherungsnehmerin werden. Eine solche Konstellation ist problemlos möglich, in dem Fall muss lediglich die Erklärung 1e.1400 eingereicht werden, weil aus dem Antrag nicht unmittelbar ersichtlich ist, dass die versicherte Person dem versicherungsfähigen Personenkreis angehört.

## 1.4 Können Medizinstudenten und Ärzte in Ausbildung zum Facharzt auch die Ausbildungsvariante „AZ“ abschließen?

Ja, Medizinstudenten und Ärzte in Ausbildung zum Facharzt können auch die Tarifvariante AZ (Besondere Bedingungen für Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden oder eine mit dieser vergleichbare Tätigkeit ausüben) abschließen und so von noch günstigeren Beiträgen profitieren.

Für Medizinstudenten endet die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ zum Ende des Monats, in dem das zwölfte Fachsemester abgeschlossen wird; in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Abschluss einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung) kann eine einmalige Verlängerung um bis zu drei Semester vereinbart werden.

Für Ärzte in Ausbildung zum Facharzt endet die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen zum Ende des Monats, in dem die Facharztprüfung bestanden wird. Sie enden jedoch spätestens zum Ende des Monats, in dem das sechste Jahr ab Beginn der ersten Anstellung als Arzt abgeschlossen wird; in Ausnahmefällen (z. B. Unterbrechung der Ausbildung wegen Elternzeit) kann auch eine Verlängerung vereinbart werden.

## 1.5 Welche besondere Flexibilität genießen Ärzte in einer Ausbildung zum Facharzt?

Sofern Ärzte in Facharztausbildung ein Einkommen oberhalb der JAEG beziehen, steht ihnen neben dem AZ COMFORT-MED (Ausbildungsvariante) selbstverständlich auch der Normaltarif zur Verfügung. Hier besteht die volle Flexibilität. So entscheiden die angehenden Fachärzte selbst, ob sie bereits in jungen Jahren Alterungsrückstellungen in ihrer privaten Krankheitskostenvollversicherung aufbauen oder von den besonders günstigen Beiträgen der Besonderen Bedingungen AZ profitieren wollen.

## 1.6 Kann die Ausbildungsvariante „AZ“ bei einer Unterbrechung der Ausbildung zum Facharzt, z. B. wegen Elternzeit, verlängert werden?

Ja, wird die Ausbildung zum Facharzt z. B. wegen Elternzeit unterbrochen, kann eine Verlängerung beantragt werden.

### **1.7 Wieso konnte der Tarif COMFORT-MED günstiger kalkuliert werden als der Tarif COMFORT?**

Das Leistungsversprechen des Tarifs COMFORT-MED ist völlig identisch mit dem des Tarifs COMFORT. Dennoch konnte COMFORT-MED noch günstiger kalkuliert werden. Dies liegt daran, dass Mediziner sich und ihre Familienangehörigen zum Teil selbst versorgen, sich günstiger von Berufskollegen behandeln lassen, schnellen Zugang zu Arznei- und Hilfsmitteln haben und tendenziell ein gesundheitsbewussteres Leben führen.

### **1.8 Welche Ergänzungen zum COMFORT-MED sind wichtig?**

Durch den Optionstarif AV-P1 sichert sich der Kunde langfristig alle Möglichkeiten, seinen Versicherungsschutz an sich ändernde persönliche Lebenssituationen und Bedürfnisse in der Zukunft anzupassen. Ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten kann der bestehende Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt (z. B. durch eine Pflegezusatz- oder Kurversicherung) und / oder in einen Tarif mit höheren Leistungen gewechselt werden. Bieten Sie als Gesamtpaket den Tarif COMFORT-MED mit dem stationären Zusatztarif SP (privatärztliche Behandlung im Ein- / Zwei-Bett-Zimmer), der Krankentagegeldversicherung für Ärzte VA und dem Optionstarif AV-P1 an.

### **1.9 Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?**

Der Tarif COMFORT-MED sieht keine absolute und / oder prozentuale Selbstbeteiligung sondern eine leistungsdynamische Selbstbeteiligung vor. Das bedeutet, dass in Abhängigkeit von der medizinischen Leistung die Selbstbeteiligung von 20 Euro je Einzelleistung oder je Behandlungstag bei einem Leistungserbringer abgezogen wird. Bei Hilfsmitteln fallen je Hilfsmittel 50 Euro an. Wie beim Kauf eines Hilfsmittels wird auch bei der Ausleihe die Selbstbeteiligung von 50 Euro nur einmal für den kompletten Ausleih- / Mietzeitraum des Hilfsmittels abgezogen. Für den Kunden ist das transparent. Der Kunde kann seine Selbstbeteiligung durch wirtschaftliches Verhalten beeinflussen. Bezieht er z. B. ein Generikum, entfällt für ihn die Selbstbeteiligung für das Arzneimittel.

#### Besonderheiten § 193 Abs. 3 VVG:

Sollte die Gesundheitsversorgung des Kunden über das durchschnittliche Maß hinausgehen, ist der jährliche Selbstbehalt – gemäß den gesetzlichen Vorschriften für alle Krankenversicherer (§ 193 Abs. 3 VVG) – auf 5.000 Euro begrenzt. Unter Abschnitt F) der Tarifbedingungen zum Tarif COMFORT-MED wird auf die entsprechende Vorschrift in § 193 Abs. 3 VVG explizit hingewiesen. Die Einhaltung der Bestimmungen des § 193 Abs. 3 VVG (Selbstbehaltgrenze von 5.000 Euro) ist für alle substitutiven Krankheitskostenversicherungen mit ambulanten und stationären Leistungen – unabhängig von einem absoluten, prozentualen oder leistungsdynamischen Selbstbehalt – zwingendes Recht.

Soweit auf die Verwendung der unterschiedlichen Begriffe Selbstbehalt einerseits und Selbstbeteiligung andererseits hingewiesen wird, wird damit lediglich dem unterschiedlichen Sprachgebrauch in der Praxis Rechnung getragen. Einen inhaltlichen Unterschied zwischen Selbsthalten bzw. Selbstbeteiligungen gibt es nicht. Der Hinweis auf den § 193 Abs. 3 VVG im Bedingungswerk dient der Klarstellung für den Kunden, dass der Tarif COMFORT-MED mit einer leistungsdynamischen Selbstbeteiligung wie jeder andere Tarif der substitutiven Krankenversicherung dieser Rechtsbestimmung unterliegt.

### **1.10 Gibt es eine RechnungsApp?**

Ja, über die Continentale RechnungsApp können Rechnungen, Rezepte, Verordnungen, Heil- und Kostenpläne oder Bescheinigungen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Pflegeeinstufung) eingereicht werden. Versicherungsnehmer erhalten viele Leistungsunterlagen zum Vertrag – z. B. Abrechnungen – direkt in ihre digitale Postbox. Bestimmte Unterlagen können und dürfen wir nicht digital zusenden. Diese verschicken wir weiterhin per Briefpost. Dazu zählen unter anderem Briefe mit Vordrucken, die ausgefüllt werden müssen oder zeitlich befristete Leistungszusagen. Die App ist kostenlos für die Betriebssysteme iOS und Android 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 [www.continentale.de/rechnungsapp](http://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 leistungsdynamische Selbstbeteiligung umfasst auch die Vorsorgeuntersuchungen. Die Beitragsrückerstattung 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 Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?

Die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Ab der 31. Sitzung ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Selbstbeteiligung beträgt 20 Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als 30 % des erstattungsfähigen Betrages.

### 2.4 Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen erstattungsfähig?

Ja, die im Arztregister eingetragenen psychologische Psychotherapeuten / -innen sind Leistungserbringer im Sinne unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Tarif mit Tarifbedingungen Abschnitt B I 2 b).

### 2.5 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.

### 2.6 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.

### 2.7 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. Physiotherapeuten, 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.

### 2.8 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.

### 2.9 Ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) versichert?

Ja. Die 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 die SAPV ärztlich verordnet sein und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden.

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

Die Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300 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.

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

Ja. Der Tarif COMFORT-MED kennt keinen abgeschlossenen Hilfsmittelkatalog. Medizinischer Fortschritt ist somit mitversichert. Um einerseits im Bedarfsfall hochtechnisierte Geräte zur Verfügung stellen zu können, andererseits auch die Kostensteigerung in Grenzen zu halten, gibt es die tarifliche, ausführungsbezogene Leistungsbeschreibung. Der Höhe nach wird der Leistungsumfang auch für Hilfsmittel auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt. Wir empfehlen, den Leistungsumfang zu Hilfsmittelerstattungen im Bedarfsfall vor dem Bezug beim zuständigen Kundendienst-Centrum zu erfragen.

### **2.12 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.

### **2.13 Sind die Kosten für einen Blindenführhund versichert?**

Ja. Erstattungsfähig sind die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes sowie die erforderliche Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person.

### **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 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.

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

Ja. Notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug, ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie 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, sind jeweils zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus erstattungsfähig. 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 Werden belegärztliche Behandlungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ / GOZ erstattet?**

Ja. Im Tarif COMFORT-MED sind bei einem stationären Krankenhausaufenthalt die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert. Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen erstattet.

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

Ja. 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.

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

Ja. Die Kosten für eine Behandlung in einer gemischten Anstalt werden 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.

### **3.4 Sind die Kosten einer stationären 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.

### **3.5 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.



### 3.6 Bis wann ist ein Krankenhausaufenthalt anzuzeigen?

Die gesonderte Anzeige eines Krankenhausaufenthaltes in Deutschland ist nicht erforderlich.

## 4. Zahnärztliche Leistungen

### 4.1 Welche Leistungen sieht COMFORT-MED 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) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- / Laborleistungen	80 %
bis sechs zu orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen	80 %
augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten sechs oralen Implantate je Kiefer stehen	80 %

Der Tarif COMFORT-MED beinhaltet, außer bei nicht durch die Nahrungsaufnahme bedingten Unfällen, in den ersten fünf Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – eine Leistungsstaffel für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und Augmentation mit folgenden Erstattungshöchstbeträgen:

- im ersten Kalenderjahr maximal 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren maximal 2.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren maximal 3.000 Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren maximal 4.000 Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren maximal 5.000 Euro

Ab dem sechsten Kalenderjahr werden die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und Augmentation je Leistungsperiode insgesamt bis zu 10.000 Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre.

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Wird kein Heil- und Kostenplan für den zuvor genannten Behandlungsbereich eingereicht, werden die zahnärztlichen Leistungen (bezogen auf die prozentuale Leistung und auf die Höchstsätze je Jahr) um die Hälfte gekürzt.

## 5. Übergreifende Leistungen

### 5.1 Was bedeutet „notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug“?

Spezielle Krankenfahrzeuge können sowohl Straßen-, Wasser- als auch Luftfahrzeuge sein. Die Kosten der medizinisch notwendigen Inanspruchnahme derartiger spezieller Krankenfahrzeuge sind versichert.

### 5.2 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.

### 5.3 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 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.

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

Ja. Es besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Wenn der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden muss, so besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

### 5.5 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**

Seit über 125 Jahren stehen wir für Verlässlichkeit und Sicherheit. Als Teil des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit sind wir ausschließlich unseren Kunden verpflichtet. Unsere Tarife sind nachhaltig und konservativ kalkuliert. Sie bieten lebenslange Garantien, die heute keine Selbstverständlichkeit mehr sind. Ein sicheres Zuhause für Ihre Zukunft.

*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.*

9996 / 06.2022



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

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit