

Tarif PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

nur zur internen Verwendung

Informationen zum Tarif PREMIUM

Stand 04/2020

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.



Tarif PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

nur zur internen Verwendung

Inhalt

ALLGEMEINES

Was zeichnet den Tarif PREMIUM aus?.....	4
Warum setzt die Continentale auf die freie Arztwahl?.....	4
Warum ist der Optionstarif AV-P1 wichtig?	4
Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?	5
Wie wird wirtschaftliches Verhalten der Versicherten belohnt?	5
Besteht Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland?	5
Kann der Versicherungsschutz im Falle einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedstaat der EU, in einen anderen Vertragsstaat des EWR oder in die Schweiz aufrecht erhalten werden?.....	5
Welche Besonderheiten gibt es bei der Nachversicherung von Neugeborenen?	5
Gibt es eine RechnungsApp?.....	6

AMBULANTE LEISTUNGEN

Welche Bedingungen gelten hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Vorsorgeuntersuchungen?	6
In welchem Umfang werden Schutzimpfungen erstattet?.....	6
Werden die Behandlungskosten alternativer Heilmethoden anerkannt?.....	6
Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?	6
Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen/-innen erstattungsfähig?.....	6
Sind im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel auch Präparate und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig?	7
Können Arzneimittel aus dem Internet bezogen werden?	7
Sind Leistungen bei häuslicher Krankenpflege vorgesehen?	7
Ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) versichert?	7
Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff?	7
Besteht ein Anspruch auf die Erstattung von Körperersatzstücken?.....	8

Wie funktioniert die Erstattung für Sehhilfen?	8
Erstattet der Tarif Kosten für refraktive Chirurgie?	8
Werden die Kosten für eine Behandlung in einer Krankenhausambulanz übernommen?	8
Sind die Kosten ambulanter Anschlussrehabilitationsmaßnahmen versichert?	9
Sind ambulante Krankentransporte versichert?.....	9
Inwieweit sind die Kosten für eine Haushaltshilfe erstattungsfähig?	9
Welche Rahmenbedingungen gelten für die Erstattung der Kosten digitaler Gesundheitsanwendungen?	9

STATIONÄRE LEISTUNGEN

Werden belegärztliche Behandlungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ erstattet?	10
Wird für die Unterbringung und Behandlung in Privatkliniken geleistet?.....	10
Kann eine gemischte Krankenanstalt auch ohne vorherige Kostenzusage aufgesucht werden?	10
Sind die Kosten einer stationären Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation mitversichert?	10
Werden Hospizleistungen erstattet?.....	10
Bis wann ist ein Krankenhausaufenthalt anzuzeigen?	10
Ist die Aufnahme einer Begleitperson erstattungsfähig?.....	11
Welche Leistungen sieht der Tarif im Rahmen einer stationären Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit vor?	11

ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Welche Leistungen sieht der Tarif PREMIUM bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oraler Implantation und Augmentation vor?.....	11
---	----

ÜBERGREIFENDE LEISTUNGEN

Werden Beiträge auch während des Bezugs von Elterngeld fällig?	12
Werden Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft erstattet?	12
Werden Kosten für Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen übernommen?	12
Sind medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten versichert?.....	12

Tarif PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

nur zur internen Verwendung

ALLGEMEINES

Was zeichnet den Tarif PREMIUM aus?

Das Tarifkonzept **PREMIUM** vereint etablierte Tarifmerkmale und exzellenten PKV-Schutz mit neuen innovativen Leistungen:

- **Exzellenter Premium-Schutz**
wie 85 % für Zahnersatz, Erstattung über die Höchstsätze hinaus, freie Arzt- und Krankenhauswahl
- **Attraktive Mehrwerte**
wie digitale Gesundheitsanwendungen, Leistungen in besonderen Lebenssituationen z. B. eine Haushaltshilfe nach der OP oder die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit
- **Wirtschaftliche Pluspunkte**
wie Beitragsrückerstattung von bis zu 6 Monatsbeiträgen möglich
- **Überschaubares Selbstbeteiligungskonzept mit**
20 Euro pro Leistung, begrenzt auf 500 Euro/Kalenderjahr (KJ)
- **Finanzielle Entlastung**
für versicherte Eltern mit einer Beitragsbefreiung von bis zu 6 Monaten während des Bezugs von Elterngeld
- **und vieles mehr ...**

Ihr Kunde erhält diesen hochwertigen Versicherungsschutz zu einem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis.

Warum setzt die Continentale auf die freie Arztwahl?

Unsere Versicherten genießen bei uns grundsätzlich die freie Arztwahl – selbstverständlich auch im Tarif **PREMIUM**. 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.

Warum ist der Optionstarif AV-P1 wichtig?

Durch den Optionstarif **AV-P1** sichert sich Ihr Kunde langfristig alle Möglichkeiten, seinen Versicherungsschutz an sich in der Zukunft ändernde persönliche Lebenssituationen und Bedürfnisse anzupassen. Ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten kann der bestehende Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt (z. B. durch eine Krankentagegeld-, Pflege- oder Kurversicherung) und/oder in einen Tarif mit höheren Leistungen gewechselt werden.

Damit Ihr Kunde und Sie auf der sicheren Seite sind, bieten Sie als Gesamtpaket den Tarif **PREMIUM** mit dem stationären Zusatztarif **SP** (privatärztliche Behandlung im Ein-/Zwei-Bett-Zimmer) und dem Optionstarif **AV-P1** an.

Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?

Der Tarif **PREMIUM** sieht eine leistungsdynamische Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme ambulanter sowie zahnärztlicher Leistungen vor. Das bedeutet, dass die Selbstbeteiligung von 20 Euro je Einzelleistung oder je Behandlungstag bei einem Leistungserbringer abgezogen wird. Auch bei Hilfsmitteln fallen je Hilfsmittel 20 Euro an. Für Ihren Kunden ist das transparent. Ihr Kunde kann seine Selbstbeteiligung durch wirtschaftliches Verhalten beeinflussen. Bezieht er z. B. ein Generikum, entfällt für ihn die Selbstbeteiligung für das Arzneimittel.

Je versicherter Person und Kalenderjahr ist die Summe aller leistungsdynamischer Selbstbeteiligungen auf 500,- Euro für Erwachsene und 250,- Euro für Kinder und Jugendliche begrenzt.

Wie wird wirtschaftliches Verhalten der Versicherten belohnt?

Der Tarif **PREMIUM** belohnt wirtschaftliches und gesundheitsbewusstes Verhalten. Er beinhaltet eine garantierte Beitragsrückerstattung von 2 Monatsbeiträgen bei Leistungsfreiheit. Darüber hinaus ist bei Leistungsfreiheit eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung von bis zu 4 Monatsbeiträgen möglich. Diese muss jährlich von der Mitgliederversammlung neu überprüft werden.

Besteht Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland?

Ja. Für bis zu 12 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. 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. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

Kann der Versicherungsschutz im Falle einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedstaat der EU, in einen anderen Vertragsstaat des EWR oder in die Schweiz aufrecht erhalten werden?

Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind. Im Rahmen dieser Vereinbarung erheben wir einen zum Beantragungszeitpunkt angemessenen Beitragszuschlag und sind berechtigt, die Vereinbarung zu befristen.

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.

Tarif PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

nur zur internen Verwendung

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 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.

AMBULANTE LEISTUNGEN

Welche Bedingungen gelten hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Vorsorgeuntersuchungen?

Es gibt keine Alters- und Intervallbeschränkungen bei den Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, werden bis zu 500,- Euro je Person und Kalenderjahr erstattet. Die Selbstbeteiligung umfasst auch die Vorsorgeuntersuchungen.

In welchem Umfang werden Schutzimpfungen erstattet?

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoffe), die von der STIKO als Standardimpfung, als Indikationsimpfung, als Reiseschutzimpfung oder aus beruflichen Gründen empfohlen werden. Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe erstattet. Die Selbstbeteiligung umfasst sowohl den Impfstoff, als auch die ärztliche Leistung. Wird der Impfstoff als Generikum bezogen, entfällt die Selbstbeteiligung.

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

Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?

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

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 3 b).

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

Ja. Präparate und Mittel zur enteralen (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenteralen, d. h. künstlichen Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

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.

Sind Leistungen bei häuslicher Krankenpflege vorgesehen?

Ja. Häusliche Krankenpflege umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Als Behandlungspflege gelten medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit ausgerichtet sind. Als Grundpflege gelten Grundverrichtungen des täglichen Lebens (z. B. Ernährung, Körperpflege). Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung (z. B. Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung). Die Leistungen sind durch geeignete Leistungserbringer durchzuführen. Die Kosten für Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung sind unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen für die Dauer von bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall, jedoch insgesamt nicht mehr als 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig. Hauswirtschaftliche Versorgung ist darüber hinaus nur dann erstattungsfähig, sofern gleichzeitig auch Grundpflege verordnet ist.

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.

Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff?

Ja. Der Tarif **PREMIUM** 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.

- 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 je Ohr bis zu einem Betrag von 1.500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Diese Begrenzung gilt nicht für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen).

Tarif PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

nur zur internen Verwendung

- Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprach- oder Schriftdolmetscher) sind erstattungsfähig.
- Übersteigen die Kosten für den Kauf eines Hilfsmittels 1.000,- Euro, ist ein Kostenvoranschlag einzureichen (gilt nicht für Hörgeräte). 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 über 1.000,- Euro hinausgehende tarifliche Leistung zu 80 % erbracht.
- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen
 - Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),
 - Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,
 - zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

Besteht ein Anspruch 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.

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! 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.

Erstattet der Tarif Kosten für refraktive Chirurgie?

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

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 approbierten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen, Notfallambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

Sind die Kosten ambulanter Anschlussrehabilitationsmaßnahmen versichert?

Ja. Die Kosten für ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen werden erstattet, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann und folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

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

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 ambulanten Operation, 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.

Inwieweit sind die Kosten für eine Haushaltshilfe erstattungsfähig?

Erstattungsfähig sind die Kosten einer Haushaltshilfe, sofern der versicherten Person nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen Schwangerschaft und Entbindung oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, eine ambulante Operation oder eine stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahme vorübergehend nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

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

Welche Rahmenbedingungen gelten für die Erstattung der Kosten digitaler Gesundheitsanwendungen?

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

1. es sich um Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
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 im Grunde nach nicht anderweitigen versicherten Leistungen zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber die vorgenannten Voraussetzungen (mit Ausnahme von 2.) erfüllen, werden zu 80 % bis maximal 1.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

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).

Tarif PREMIUM

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

nur zur internen Verwendung

STATIONÄRE LEISTUNGEN

Werden belegärztliche Behandlungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ erstattet?

Ja. Im Tarif **PREMIUM** 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.

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. Die Regelungen zur Vergütungshöhe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes finden bei diesen Krankenhäusern keine Anwendung.

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.

Sind die Kosten einer stationären Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation mitversichert?

Ja. Erstattungsfähig sind die Kosten für eine stationäre 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.

Werden Hospizleistungen erstattet?

Ja. Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem von der GKV anerkannten 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. Die Kosten sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.

Bis wann ist ein Krankenhausaufenthalt anzuzeigen?

Die gesonderte Anzeige eines Krankenhausaufenthaltes in Deutschland ist nicht erforderlich.

Ist die Aufnahme einer Begleitperson erstattungsfähig?

Ja. Die Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person ist erstattungsfähig sofern sie aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die Mitaufnahme einer Begleitperson versicherter Kinder bis einschließlich 15 Jahre gilt stets als medizinisch notwendig.

Welche Leistungen sieht der Tarif im Rahmen einer stationären Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit vor?

Die Leistungshöhe des Tarifs **PREMIUM** orientiert sich am SGB V in Verbindung mit dem SGB XI. So beträgt die Höhe der Leistung bis zu aktuell 1.612 Euro, für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Sie wird gewährt, sofern die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2 bis 5 besteht.

ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Welche Leistungen sieht der Tarif **PREMIUM** 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 %
orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen	85 %
augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Versorgung von oralen Implantaten stehen	85 %
Anästhesie und Röntgenleistungen	100 %
Heil- und Kostenpläne	100 %

Der Tarif **PREMIUM** 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:

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

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.

ÜBERGREIFENDE LEISTUNGEN

Werden Beiträge auch während des Bezugs von Elterngeld fällig?

Für jeden Monat, in dem Elterngeld bezogen wird, maximal für sechs Monate, wird der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person vom Beitrag befreit, sofern folgende Voraussetzungen gegeben sind:

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

Die Beitragsbefreiung beginnt zum 1. des Monats, der auf den Bezug von Elterngeld folgt. Der Beitragsanteil für eine zu diesem Tarif vereinbarte Beitragsentlastungskomponente unterliegt nicht der Beitragsbefreiung.

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

Die Kosten vorgenannter Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern

- die Maßnahme medizinisch notwendig ist,
- bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt
- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in Deutschland stattfindet.

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

Werden Kosten für Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen übernommen?

Ja. Für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren werden die Kosten erstattet. 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. Sie wird erteilt, wenn keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird.

Sind medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten versichert?

Ja. Ärztlich oder unter ärztlicher Aufsicht durchgeführte medizinische Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Asthma, Diabetes, Neurodermitis) sind versichert, wenn sie nach der GOÄ abrechnungsfähig sind.

Die genannten Leistungsbeschreibungen sind lediglich Kurzfassungen. Maßgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



