



## Continentale mit neuem Vollversicherungstarif „BUSINESS“ und „Leuchtkraft für die Gesundheit“

Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

es gibt etwas neues, etwas innovatives, etwas mit „Leuchtkraft für die Gesundheit“, so beschreibt die Continentale Krankenversicherung in einer Broschüre für Makler ihren neuen Tarif BUSINESS, einen Tarif in der Krankenvollversicherung welcher Nachfolger der GS Tarife in der Unisexwelt wird. Nachfolger deshalb, weil des den Pauschalleistungstarif in der Unisexwelt so nicht mehr gibt und die Continentale derzeit (bis 1. Oktober 2013) nur ihre beiden Tarife ECONOMY und COMFORT im Angebot hat. Dieses reicht sicher einigen Kunden aus, andere wünschen sich einen hochwertigeren Versicherungsschutz welcher nun hiermit angeboten werden soll.

Ob dieser nun die versprochene „Leuchtkraft“ und Innovation hat? Schauen wir uns einmal die Bedingungen und den Aufbau des Tarifes dazu an. Grundlage für diese Finanznews sind die folgenden Druckstücke, welche ich im Downloadbereich verlinkt habe.

MB/KK 2009, Stand 01. 08. 2013, Druckstück Nr. 7e.10500/08.13

Tarifbedingungen Tarif Business, Stand 01. 10. 2013, Druckstück Nr. 7e.10104/10.13

### Aufbau des Tarifes:

Bei dem Tarifwerk handelt es sich um einen so genannten **Kompakttarif**, also einem Tarif welcher die Leistungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Bereiche gemeinsam enthält. Anders als bei den Bausteintarifen ist hier ein Tarif vorhanden und kann nicht verändert werden. Das muss er aber im Falle der Continentalen auch nicht zwingend, denn der Versicherer hat ja mit dem ECONOMY und COMFORT auch zwei leistungsschwächere und damit preiswertere Tarife im Angebot.

Ebenfalls wird der Tarif auch nur mit einer, unveränderbaren **Selbstbeteiligung** angeboten. Die **500 EUR** (für Kinder und Jugendliche 200 EUR) jährliche Selbstbeteiligung gilt dabei für alle Bereiche, also ambulante, stationäre und auch zahnärztliche Behandlung und wird jeweils auf das Kalenderjahr gerechnet. Bei unterjährigem Beginn wird diese anteilig berechnet, endet der Vertrag jedoch unterjährig (zum Beispiel bei Versicherungspflicht) so bleibt die volle Selbstbeteiligung bestehen. Weiterhin sei noch kurz erwähnt, das bei der Conti nicht das Kalenderjahr, sondern das Versicherungsjahr gilt. So ist eine Kündigung, nach frühestens **2 Versicherungsjahren Mindestvertragslaufzeit**, immer zum jeweiligen Beginnmonat möglich.

Versichert werden können im Tarif BUSINESS alle Personen, welche im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen, wobei es drei Gruppen gibt. Zu den Kindern zählen die Altersgruppen 0- 15 Jahre, von 16- 20 sind es Jugendliche und darüber hinaus bildet sich die Gruppe der Erwachsenen. Diese Unterscheidung ist später bei der Betrachtung der Pauschalleistungsregelungen wichtig.

### Die Leistungen

Neugeborene sind bereits ab Geburt versichert, wenn die 3-monatige Frist der Eltern erfüllt ist und die Nachversicherung rechtzeitig beantragt wird. Dabei sind auch vorgeburtliche Erkrankungen und Behinderungen in den Schutz eingeschlossen, Prämien fallen jedoch erst mit dem Folgemonat an.

Versicherungsschutz gewährt der Versicherer für die vertraglich vereinbarten Leistungen natürlich nicht nur in Deutschland, sondern auch im **Ausland**. Wer sich nur vorübergehend im Ausland aufhält, der kann das ohne besondere Vereinbarung bis zu 12 Monaten tun. Erkrankt der Versicherte dabei im Ausland und kann die Rückreise nicht antreten, so dehnt sich der Schutz solange aus, wie keine Transportfähigkeit besteht. Verlegt der Kunde seinen gewöhnlichen Aufenthalt aber ins Ausland, so gelten andere Regelungen. Bei einer Verlegung in einen Mitgliedsstaat der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraumes (und zusätzlich die Schweiz) besteht weiter Versicherungsschutz. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der „Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.“ (§1, Abs. 5 MB/KK) Das muss nicht zwingend, kann aber in einigen Ländern mit höheren Arztkosten (z.B. der Schweiz) zu einem (Kosten-) Problem werden und muss vor Anschluss überlegt werden. Bei **Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes** in einen Staat außerhalb der oben genannten Länder endet der Versicherungsschutz, hier **KANN** der Versicherer eine Vereinbarung anbieten, muss es aber nicht.

Versichert sind im Tarif, wie bereits angesprochen, die Leistungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich. Leistungspflicht besteht hier auch für die so genannten „**Medizinischen Versorgungszentren**“ (MVZs) wenn diese nach der jeweils gültigen Gebührenordnung abrechnen. Weiterhin sind Leistungen durch approbierte Psychotherapeuten und auch Kinder- und Jugendtherapeuten versichert. Im Leistungsumfang enthalten sind bedingungsgemäß auch (maximal drei) Entziehungskuren, jedoch nur wenn diese nicht auf Nikotinsucht zurückzuführen sind. Hier gilt die Leistungspflicht jedoch nur zu Regelleistungen und auch nur dann, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat.

Auf der Seite der **Leistungsausschlüsse** sind die Kriegs- und Terrorereignisse umfassend definiert. Zunächst einmal fallen die Terrorereignisse nun nicht mehr unter die Ausschlüsse, sind also in jedem Fall versichert, zum anderen wird der Leistungsausschluss Kriegsereignisse eingegrenzt. So bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn es vor Beginn der Reise keine Reisewarnung des auswärtigen Amtes gab und ebenfalls solange, bis eine Ausreise möglich ist. (Teil II, A, e.)

### **Ambulante Leistungen**

Bei den ärztlichen Honoraren besteht volle Leistungspflicht für die, in der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthaltenen Leistungen. Dabei sind Vereinbarungen über eine gesonderte Vergütung (nach §2 GOÄ) möglich und somit Leistungen auch über der Gebührenordnung bzw. deren Höchstsätze möglich.

Bei der **Psychotherapie** sind Einschränkungen dahingehend zu beachten, dass hier nur die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie versichert sind. Für die ersten 30 Sitzungen (pro Kalenderjahr) ist der Versicherer zu 100% leistungspflichtig, ab der 31. Sitzung reduziert sich die Leistung auf 80% der entstehenden Kosten und ist von einer schriftlichen Leistungszusage abhängig. Erfolgt diese (noch) nicht, so besteht hier keine Leistungspflicht mehr. Durchgeführt werden müssen die Leistungen von Ärzten mit entsprechender Zusatzausbildung oder den in Punkt 2b genannten Therapeuten.

Neben **Hebammen und Entbindungspflegern**, für welche Leistungen nach der entsprechenden Gebührenordnung besteht, sind auch Leistungen von Heilpraktikern versichert. Hierbei sind nicht nur die Leistungen der GebüH, sondern auch die „Kosten von **Heilpraktikern** üblicherweise durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ versichert, wenn diese im anliegenden Verzeichnis der naturheilkundlichen Leistungen aufgeführt sind. Dabei spielt es keine Rolle ob solche Leistungen von dem Heilpraktiker oder Ärzten erbracht werden.

Positiv fällt auf, dass die „**häusliche Behandlungspflege**“ in den Bedingungen nun ausdrücklich genannt wird und somit versichert ist, jedoch nur dann wenn diese zuvor vom Versicherer dem Grunde und der Höhe nach zugesagt wurde. Diese Einschränkung schafft zwar Kontrolle für den Versicherer, ist aber für den Versicherten eher nachteilig. **Arzneimittel**, dazu zählen auch homöopathische Mittel, sind genauso

versichert, wie auch **Sondennahrung**. Letztere zählt zu den (ausgeschlossenen) Nahrungsmitteln und wird tarifgemäß hier erstattet, wenn keine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg möglich ist. Nähr- und Stärkungsmittel ist (wie üblich) ausgeschlossen, hier wäre ein Einschluss von Nahrungsmitteln zu Behandlung von (z.Bsp. Morbus C. oder Colitis ulcerosa) denkbar gewesen, das ist bei einigen Mitbewerbern durchaus in den Bedingungen zu finden.

**Heilmittel** sind tarifgemäß erstattungsfähig und in den Bedingungen als **offene Formulierung** genannt. Damit sind auch Leistungen für Logopädie und Ergotherapie mit enthalten und nicht beschränkt auf bestimmte Sitzungszahlen oder Höchstgrenzen. Bei den Hilfsmitteln hingegen ist die Aufschlüsselung etwas umfangreicher und in Punkt 8 geregelt.

Versicherungsschutz besteht hier für die (als offene Formulierung genannten) Hilfsmittel, wie auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Dabei werden die Leistungen für Anschaffung, Wartung und auch Reparatur erstattet, bei der Beschaffung eines Blindenhundes auch die Kosten für entsprechendes Training von Patient und Hund. Beschränkungen bestehen hingegen bei den Hörgeräten auf 1.500 EUR pro Ohr und Kalenderjahr, ebenso eine generelle Beschränkung. Diese beinhaltet, dass bei vorr. Kosten über 1.000 EUR ein Kostenvoranschlag einzureichen ist und bei Nichteinhaltung eine Kürzung von 20% vorgenommen. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen hingegen *„Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, wenn diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen bringen“*. Das ist nicht zwingend schlecht, jedoch wird im Zweifel ein Gericht über den therapeutischen Nutzen und das medizinisch notwendige Maß entscheiden müssen, ähnlich der Formulierung *„einfache Ausführung“* in den alten Bedingungen.

Sehhilfen, dazu zählen Brillen wie auch Kontaktlinsen, sind bis zu einem Betrag von 400 EUR in 2 Kalenderjahren erstattungsfähig, die Lasikbehandlung wird jedoch nicht in den Bedingungen genannt. Das kann durchaus positiv sein, da es hierzu ja eine Auffassung zur Erstattungsfähigkeit durch Gerichte und BGH gibt, was zu einer vollen Erstattung der Kosten führen könnte, anders als wenn hierfür eine kostenmäßige Begrenzung enthalten ist.

Schutzimpfungen fallen nur unter die Erstattung, wenn diese nicht aus beruflichen Gründen oder für Reisen gedacht sind und von der STIKO empfohlen werden. Ebenso sind die Vorsorgeuntersuchungen nur nach den gesetzlichen Programmen, dafür aber dann ohne Altersbegrenzung, erstattungsfähig.

Sehr ausführlich sind hingegen im Punkt 12 die Leistungen (-einschränkungen) bei künstlicher Herbeiführung einer Schwangerschaft geregelt. So maximal (ambulant und stationär) drei Versuche und auch nur bei hinreichender Erfolgsaussicht, Behandlung in Deutschland und schriftlicher Zusage erstattungsfähig. Wen das betreffen könnte, der sollte sich diesen Bereich sehr genau vor Abschluss ansehen.

Krankentransporte sind im ambulanten wie stationären Bereich versichert, ebenso die Kosten für Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie, hierbei sowohl Hin- als auch Rückfahrt in die geeignete Einrichtung.

### **zahnärztliche Leistungen**

Hier wird wie üblich unterschieden zwischen Zahnbehandlungen (100%) und den Bereichen Zahnersatz und Kieferorthopädie, diese mit jeweils 85% Erstattung. Leistungen werden auch hier nach der jeweiligen Gebührenordnung erbracht, wobei Vereinbarungen gem. §2 ausdrücklich erlaubt sind und somit eine höhere Abrechnung als der Höchstsatz denkbar ist. Eine Beschränkung ergibt sich bei den Implantaten, hier sind *„nur“* 6 je Kiefer erstattungsfähig, das sei nur der Form halber erwähnt.

**Zahnleistungen** selbst unterliegen in den ersten 6 Jahren Höchstgrenzen von 1.000 EUR pro Jahr, wobei diese kumuliert betrachtet werden und somit max. 6.000 EUR in den ersten 6 Jahren erstattungsfähig sind (die Grenzen entfallen bei Unfällen). Reicht der Versicherte bei vorr.

Kosten von mehr als 2.000 EUR vorher keinen Heil- und Kostenplan ein, so wird der 2.000 EUR übersteigende Teil nur noch zur Hälfte erstattet.

### **stationäre Leistungen**

Dritter und letzter „großer“ Leistungsbereich einer Privaten Krankenversicherung sind die stationären Behandlungen. Hierbei sind neben den Regelleistungen im Tarif BUSINESS auch mehrere Wahlleistungen versichert. So steht dem Versicherten die Wahl zwischen einem Ein- oder Zweibettzimmer ebenso frei, wie die Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen des gesondert abrechnenden (Chef-)arztes. Auch hier sind Vereinbarungen nach §2 der Gebührenordnung, also Leistungen über die Höchstsätze, möglich.

Wer sich trotz versicherter Leistung gegen das Zwei-/ Einbettzimmer oder die private ärztliche Leistung entscheidet, der erhält stattdessen ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 20 bis zu 50 EUR, beim nur Regelleistungen somit 90 EUR maximal pro Tag.

Anschlussheilbehandlungen sind in bestimmten Grenzen versichert, nämlich dann wenn diese durch den Krankenhausarzt veranlasst sind und maximal 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen. Ob diese zwei Wochen ausreichen, das wird so pauschal nicht zu beantworten sein, Mitbewerber bieten hier durchaus längere Fristen.

Neben all diesen Leistungen ist die stationäre Hospizversorgung in den Bedingungen enthalten und bietet somit (nach Vorleistung der Pflegeversicherung oder anderer Kostenträger) auch für solche Fälle Leistungen an. Versichert sind diese aber nur, wenn vor Beginn dem Grunde und der Höhe nach schriftlich zugesagt, somit eingeschränkt versichert.

### **Die Pauschalleistung**

Auch im Tarif BUSINESS will die Continentale eine Leistungsfreiheit belohnen und arbeitet hier, ähnlich wie in den Vorgängertarifen, mit einer so genannten **Pauschalleistung**. Eine garantierte Rückerstattung bei Leistungsfreiheit, welche sich nach den Jahren der Nichtinanspruchnahme unterscheidet. Gewährt wird diese ausschließlich Erwachsenen gewährt (Ausnahme sind Azubis und Studenten mit den Besonderen Bedingungen AZ, hier ist es der halbe Grundbetrag). Das Ganze funktioniert dann wie folgt:

Wer die Voraussetzungen erfüllt, erhält diese Pauschalleistung. Dazu darf in dem Jahr **keine** Versicherungsleistung beansprucht worden sein, der Vertrag muss ohne gerichtliches Mahnverfahren bezahlt sein und **am 01. 07. des Folgejahres noch bestehen**. Zudem darf **keine Kündigung** erklärt worden sein. Wer also den Versicherer verlassen will (oder durch Versicherungspflicht verlassen muss), der bekommt die Leistung nicht (mehr), obwohl Leistungsfreiheit bestanden hat.

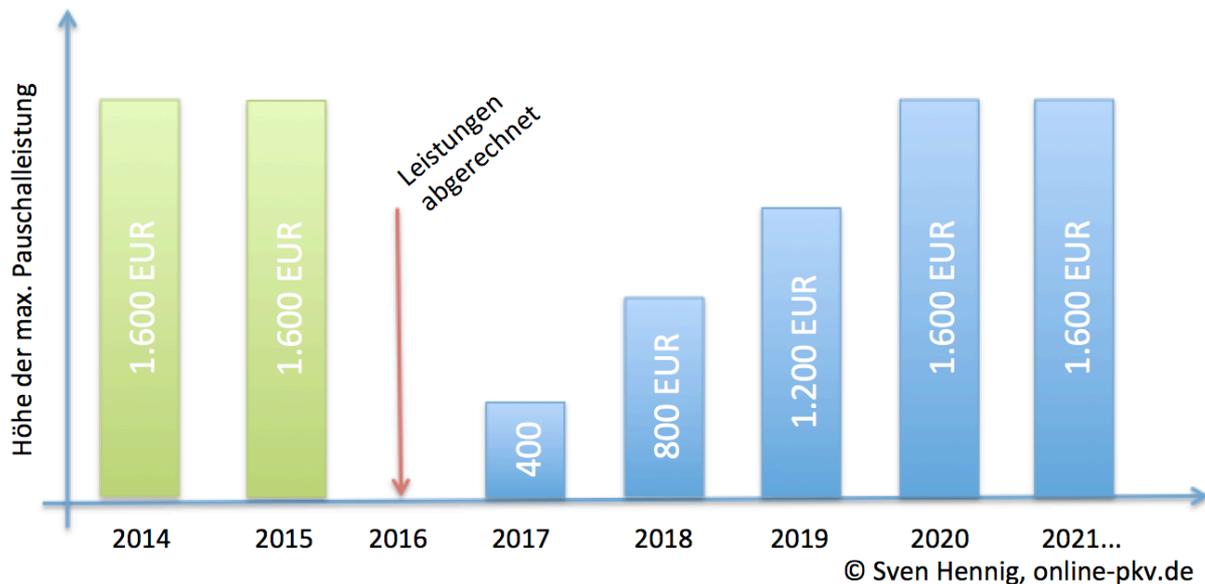
Die Grundleistung **beträgt 400 EUR**, maximal sind nach 4 leistungsfreien Jahren 4\* 400 EUR, also maximal 1.600 EUR Erstattung möglich, wobei zu beachten ist das der Versicherte mit dem Höchstsatz startet. Hier werden also sofort 4 leistungsfreie Jahre angenommen. Erst bei Einreichen von Rechnungen reduziert sich der Betrag auf null und beginnt dann mit 400 EUR ansteigend bis 1.600 EUR bei einem bis vier leistungsfreien Jahren wieder neu.

Hierbei ist weiterhin zu beachten, das der Grundbetrag max. 400 EUR beträgt, aber **nie mehr als der gezahlte Beitrag (für den Tarif BUSINESS)** betragen darf. Im Vergleich zum Vorgängertarif deutlich weniger, waren es dort doch bis zu 6 Monatsbeiträge, die ja durchaus höher als 400 EUR sein konnten. Zu beachten sind auch die steuerlichen Folgen solcher Rückzahlungen.

Erhöhen sich die durchschnittlichen Beiträge der 21- 65jährigen Versicherten, so wird dieser Grundbetrag um 3%, aufgerundet auf 10 EUR angehoben.

Zum Verständnis noch einmal als graphische Darstellung:

### Aufbau und Höhe der Pauschalleistung im Tarif „BUSINESS“ der Continentale Krankenversicherung



#### Fazit:

Der Tarif BUSINESS komplettiert das Portfolio der Continentalen Krankenversicherung mit den bisherigen Tarifen Economy und Comfort. Anders als diese hat der BUSINESS keine fallbezogene Selbstbeteiligung (10/20 EUR), sondern kommt mit einer absoluten SB. Wie alle anderen Anbieter auch, hat die Continentale hier Vor- und Nachteile die jeder für sich vor Abschluss eines solch langfristigen Vertrages kennen und abwägen sollte. In den Bereichen künstliche Befruchtung, Hilfsmittel und auch im Zahnbereich gibt es sicher noch Anbieter die über diesen Leistungsumfang hier hinausgehen, ob man das will und braucht, muss jeder für sich selbst abwägen.

Auch die Frage ob eine solche **Pauschalleistung** sinnvoll für den eigenen Bedarf ist und wann bzw. wie lang man diese wohl bekommen wird, ist sehr individuell und von Gesundheitszustand, Eintrittsalter und auch dem Einkommen (steuerliche Effekte) abhängig.

Insgesamt ein **leistungsfähiges Tarifwerk**, mit einigen Einschränkungen bei der Art der Erstattung und teilweise etwas „schwammigen“ Formulierungen, aber am Ende wie gesagt, alles eine Frage des persönlichen Bedarfs.

Auf meiner Homepage stelle ich Ihnen eine Fragebogen zu den Auswahlkriterien und einen Leitfaden zur Krankenversicherung zur Verfügung, besuchen Sie einfach den Downloadbereich auf <http://www.online-pkv.de>. Dort finden Sie ebenfalls die Versicherungsbedingungen im Original.

#### Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem mit Spezialisierung auf die biometrischen Risiken und Betreiber des Onlineportals [www.online-pkv.de](http://www.online-pkv.de). Die S.H.C. GmbH hat sich auf die bundesweite Beratung mittels Telefon, Online-Beratung und E-Mail spezialisiert und sichert damit eine bundesweite Verfügbarkeit auf hohem Qualitätsniveau. Mit etwa 680 Kunden ist Sven Hennig einer wenigen Spezialmakler für die PKV und BU Absicherung. Kontaktieren können Sie Herrn Hennig unter Tel. 03838 / 30 75 33 oder im Internet: <http://www.online-pkv.de>