



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

Der Markt verändert sich, die Tarife und Leistungsansprüche sind unterschiedlicher denn je und allen voran sorgen sich viele um die Beitragsentwicklung Ihrer (privaten wie gesetzlichen) Krankenversicherung.

Diesem Trend kann sich auch die **Continentale Krankenversicherung AG** nicht widersetzen und bietet am Mitte September einen neuen Tarif an. Die Tarifbezeichnung lautet: COMFORT. Ob der Name auch Programm ist, oder mehr schein als sein, schauen wir uns einmal mit einem Blick auf die Tarifbedingungen des Tarifs an. Grundlage der Betrachtung sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II „Tarif mit Tarifbedingungen“, Stand 1. 9. 2010.

Die Musterbedingungen und der Teil I der Continentalen Krankenversicherung regelt die Leistungen der Gesellschaft generell, auch die bei Behandlungen in Gemischten Anstalten.

Im Teil II können jedoch die Regelungen aus Teil I relativiert werden, was der Versicherer hier in verschiedenen Punkten auch tut. Ein wichtiger Punkt in der heutigen Zeit, ist das Thema des Auslandsaufenthaltes. Die COMFORT Tarife verbessern die Regelungen auch §1 Abs. 4 MB/KK 2009 dahingehend, dass diese nun 3 Monate eines **vorübergehenden** Auslandsaufenthaltes leisten. Kann der Versicherte jedoch nicht transportiert werden, so besteht auch für diesen Zeitraum weiterhin Versicherungsschutz. Der Rücktransport selbst ist erstattungsfähig, jedoch nur mit den „die Kosten einer gesunden Person übersteigenden Kosten“. Damit kann man sicher leben, auch wenn man sich klar sein muss, dass dann ggf. die neuen Flugkosten entstehen.

Der aktuellen Entwicklung wird auch dadurch Rechnung getragen, dass nun auch Ärzte, (im Arztregister eingetragene) Psychotherapeuten und Zahnärzte in den medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wie sie durch das SBG V definiert werden, genannt sind. Voraussetzung natürlich, Abrechnung nach der GOÄ bzw. der entsprechenden Gebührenordnung.

Doch viel wichtiger ist die generelle Leistungspflicht des Versicherers. Diese ist bekanntlich in die drei großen Bereiche ambulant, stationär und Zahn aufzuteilen. Im ambulanten Teil werden die ärztlichen Leistungen, so diese nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte berechnet sind (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen erstattet. Hat der Kunde Kenntnis davon, so wird dieser ggf. keine höhere Honorarvereinbarung unterschreiben und ist so auch keinem finanziellen Risiko ausgesetzt. Natürlich schränkt es die Arztwahl dahingehend ein, dass der Arzt der eine solche Vereinbarung möchte, nicht genutzt werden kann (oder selbst gezahlt werden muss) aber das ist sicher eher ein kleineres Problem.

Bei der (ambulanten) Psychotherapie sind die Leistungen auf „tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie“ und die Verhaltenstherapie beschränkt. Eine Leistung besteht nur für die ersten 30 Sitzungen pro Jahr. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten können aufgesucht werden, wenn diese wie alle anderen auch, in einer eigenen Praxis tätig sind. Auch hier sind die Höchstsätze der Gebührenordnung zu beachten.

Hebammen werden, wie auch Entbindungspfleger geleistet, der Heilpraktiker ebenfalls, begrenzt auf die Mindestsätze der GeBüH oder dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren.

Im Bereich der **Arznei- und Verbandmittel** sind diese **erstattungsfähig**, optimal jedoch nur wenn generische Medikamente verwendet werden (siehe unten zum Thema Selbstbeteiligung). Schade finde ich persönlich, dass die Nahrungsmittel (bei künstlicher/ enteraler und/ oder parenteraler Ernährung) nicht explizit genannt wurden (die Nahrungsmittel selbst sind unter Punkt 5 ausgeschlossen).

Die **Selbstbeteiligung beträgt hier maximal 20 EUR je** Impfstoff oder Medikament und entfällt- wie gesagt- bei Versorgung mit Generika Präparaten.

Hohe Kosten entstehen oft in den Bereichen der **Heil- und Hilfsmittel**. Die offene Formulierung bietet bei den Heilmitteln somit keine feste Aufzählung, sondern nur die Einschränkung der Durchführung durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen, was aber in der Praxis sicher keine Auswirkung hat, denn diese Berufsbilder führen auch die Behandlungen üblicherweise durch.

Selbstbeteiligung hier: maximal 20 EUR je Heilmittel an einem Behandlungstag

Auch bei der Formulierung der **Hilfsmittel** ist man bei der (aus anderen Tarifen der Conti bekannten) **offenen Formulierung** geblieben und leistet hier nach wie vor nur die „einfache Ausführung“. Aus meiner Sicht hätte dieses noch etwas besser definiert sein können, denn allein die Aussage „**einfache Ausführung**“ führt zu **Diskussionsbedarf**. Kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, so ist der Versicherer vorher anzufragen. Passiert dieses nicht, so reduziert sich die Erstattung um 20 auf 80%. Die dann entstehende Eigenbeteiligung ist durchaus spürbar.

Auch bei den Hilfsmitteln gibt es eine **Selbstbeteiligung**. Dieses beträgt 50 EUR pro Hilfsmittel, im schlimmsten Fall 50 EUR + 20% bei Direktbezug ohne Genehmigung.

Abweichend von den eigentlichen Hilfsmitteln, erfolgt die Erstattung von Sehhilfen (also Brillen, Brillengestell und Kontaktlinsen) **bis zu 300 EUR in zwei Jahren**. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Das „schnell“ beim Optiker vorbei gehen und eine neue Brille holen geht hierbei nicht, dieses löst keine Leistungspflicht aus. Für die Brille fällt dabei auch keine weitere Selbstbeteiligung an

Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen orientieren sich im Wesentlichen an den gesetzlichen Vorgaben. Die Impfungen werden gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) erstattet, ausgenommen auch hier Reiseschutzimpfungen und solche aus beruflichen Gründen. Bei der Vorsorgeuntersuchung hat sich die Continentale auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt, leistet diese jedoch ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

Nicht zu unterschätzen ist auch der Bereich der **Transportkosten**. Warum hier nur die Kranken**fahr**zeuge genannt sind, ist mir nicht ganz klar. Dabei werden dann die Fahrten **zum und vom**, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus bezahlt, wenn es sich bei der **Ursache um einen Unfall** handelte.

Weiterhin nennt der Versicherer die **Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie** in der (medizinisch) nächstgelegenen geeigneten Einrichtung.

Im stationären Bereich nennt der Versicherer die medizinisch notwendigen Transporte in einem speziellen Kranken**fahr**zeug zum und vom medizinisch geeigneten, nächstgelegenen Krankenhaus. Warum hier nicht andere, geeignete Transportmittel wie der Rettungshubschrauber genannt sind, vermag sich mir noch nicht zu erschließen. Dazu ist sicherlich mal eine Frage an den Versicherer nötig.

Selbstbeteiligung: Auch hier gilt die **Eigenbeteiligung pro Fahrt in Höhe von maximal 20 EUR**. Dabei gelten bei den Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie und auch zur Dialyse Hin- und Rückfahrt als eine (SB-pflichtige) Fahrt.

Für die stationären Leistungen selbst, nennt der Versicherer im Tarif die so genannten Regelleistungen. Dabei sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von

Bundespflegesatzverordnung und Krankenhausentgeltgesetz versichert. Ebenso die belegärztlichen Leistungen nach geltender GOÄ, allerdings nur bis zu den **Regelhöchstätzen**, dem 2,3 fachen Satz für ärztliche Leistungen und 1,8 bzw. 1,15 für sonstige, definierte Leistungen. Ob das einer Tarifbezeichnung „Comfort“ entspricht, Geschmacksache.

Neben den Kosten bei ambulanten und stationären Leistungen bleibt noch ein weiterer Bereich offen. Der Bereich der Zahnbehandlung. Dieser meint die zahnärztliche und kieferorthopädische Leistung und wird im Tarif COMFORT bis zu den Höchstätzen der Gebührenordnung, also bis zum 3,5fachen Satz für zahnärztliche Leistungen, erbracht.

Zahnärztliche Leistungen hierbei zu 100%, Behandlungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik zu 80% (Material- und Laborkosten natürlich eingeschlossen) und auch bei Implantaten werden 80% geleistet. Hierbei ist die Begrenzung von 6 oralen Implantaten pro Kiefer zu beachten. Positiv und nicht bei vielen Tarifen vorhanden, ist die Nennung von augmentativen Behandlungen, also dem Knochenaufbau welcher vor dem Setzen eines Implantates ggf. nötig ist.

Auch hierbei greifen die Selbstbeteiligungen in Höhe der, schon bekannten, **maximal auch hier 20 EUR. Diese fallen hierbei pro Behandlungstag an.** Auch hier sind Summenbegrenzungen vorhanden. Die Kosten werden in den ersten 5 Jahren auf 1.000/ 2.000/ 3.000/ 4.000 und 5.000 EUR begrenzt. Ab dem 6. Jahr gilt eine Leistungsbegrenzung von 10.000 EUR pro **Leistungsperiode**, wobei **diese zwei Kalenderjahre umfasst.** Bei Unfällen gelten diese Begrenzungen nicht.

Zwingende Voraussetzung ist der Heil- und Kostenplan. Wird ein solcher nicht vor Behandlungsbeginn eingereicht, so vermindert sich die Erstattung auf die Hälfte.

Solche Voraussetzungen sind jedoch durchaus praktikabel, schaffen diese doch von Beginn an für alle Beteiligten klare Verhältnisse. Nicht nur, dass der Zahnarzt weiss was er berechnet, auch Patient und Versicherer wissen eindeutig und verbindlich was diese erwartet.

Im Tarif gibt es dazu eine **garantierte Beitragsrückerstattung von 2/12.** Voraussetzung hier ist das ungekündigte Bestehen des Vertrages zum 01. 07. des Folgejahres. (Ausnahme ist die Beendigung der Versicherung durch Versicherungspflicht und das Weiterbestehen als Zusatzversicherung zur GKV)

Fazit:

Der Tarif COMFORT ist für mein Verständnis nicht unbedingt das, was die Tarifbezeichnung suggeriert. Begrenzungen auf die Regelhöchstätze (lösbar durch die Zusatzbausteine und die Option) wären sicherlich nicht nötig gewesen (wobei die Wahrscheinlichkeit es Eintritts hier eher gering einzustufen ist) und auch einige weitere Leistungseinschränkungen hätten sicher, durch einen geringen Prämienaufschlag vermieden werden können.

Das größte Manko ist allerdings die verbreitete 20 EUR Selbstbeteiligung, für die es (außer der gesetzlichen 5.000 EUR Deckelung) keine Begrenzung gibt. Das führt zu vermeidbaren und meines Erachtens zu hohen Risiken. Das „Klientel“ was für solche Tarife empfänglich ist, hat oft nicht die 5.000/ 10.000 EUR oder mehr in der Hinterhand. Dadurch ergeben sich Risiken, die sich mit den Tarifen der Mitbewerber so nicht zwangsläufig ergeben, auch wenn diese dafür andere Lücken und Einschränkungen haben.

Trotz allem setzt die Continentale die, mit dem ECONOMY Tarif begonnene Strategie fort und lässt den Tarif daher für die angesprochene Zielgruppe durchaus attraktiv werden. Dabei sind die Kombinationsmöglichkeiten mit den weiteren Bausteinen (stationär SGII1,2/100 und Option AV-P1) durchaus zu bedenken. Insbesondere durch die SGII Bausteine lassen sich die stationären Leistungen durchaus verbessern und der Optionstarif AV- P1 sichert einen Wechsel in einen anderen, leistungsfähigeren Tarif.

Durch den Optionsbaustein können Sie folgende Wechselmöglichkeiten nutzen:

(c) Continentale KV



Diese **Optionsrechte** machen natürlich nur dann Sinn, wenn es einen passenden Zieltarif gibt. Bevor Sie also eine solche Entscheidung treffen, machen Sie sich Gedanken ob der Tarif als Einstieg oder dauerhafte Lösung gewünscht ist. Dann prüfen Sie nicht nur die Leistungen aus diesem Tarif, sondern eben auch die des gewünschten Zieltarifs. Erst danach ist eine fundierte Entscheidung möglich.

Final gilt auch hier, wie bei allen anderen Tarifen: Nur wenn die Auswahlkriterien passen, diese bedacht und besprochen wurden, ist eine vernünftige und begründete Auswahl möglich.

Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem Spezialmakler für die Private Krankenversicherung und die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit. 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 500 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>