



Sehr geehrte Leser,

ein neues Jahr, in vielerlei Hinsicht ein Jahr mit besonderen Herausforderungen. Zumindest aus der aktuellen Erfahrung in der Beratung, wandeln sich nicht nur die Ansprüche der Versicherten, es ändern sich auch gravierend die Produkte und Angebote der Versicherer.

Auch die Continentale Krankenversicherung, welche mit der fallbezogenen Selbstbeteiligung einen sehr eigenwilligen Weg am Markt bestreitet, kann den neuen Anforderungen und Wünschen der (potenziellen) Kunden nicht entgehen und führte damit vor einigen Tagen einen neuen Tarif der Krankenvollversicherung am Markt ein.

### **PREMIUM - der neue Krankenvolltarif der Continentale Krankenversicherung aG**

In der Vergangenheit hatte man sich (aus meiner Sicht durchaus zu viel) auf das Kriterium „billig“ gestürzt und teilweise sah es so aus, als müsste man um jeden Preis die Prämie der Mitbewerber unterbieten, oder zumindest den Anschein erwecken dies zu können.

Wie sich der neue Tarif am Markt positioniert und welche Vor- und Nachteile dieser bietet, das schauen wir uns hier gemeinsam im Detail an.

### **Inhalt:**

Werbung und Wirklichkeit .....	2
Tarifmodell, Selbstbeteiligung und „Innovation“ .....	3
Ausland, Weltgeltung .....	4
Kriegsereignisse, MVZ, Ambulanzen & mehr .....	4
Psychotherapie, Heilpraktiker, Heil- und Hilfsmittel .....	5
Medikamente und Nahrungsmittel .....	6
Palliativversorgung und Krankenpflege .....	7
Schulungen und digitale Anwendungen .....	7
künstliche Befruchtung, Impfungen, Vorsorge, Transporte .....	8
Ab ins Krankenhaus- oder besser nicht? .....	9

Oh weh, mein Zahn .....	9
Wechselrechte .....	10
Leistungsdynamische Selbstbeteiligung - die Krux mit den 20 € .....	10
Keine Leistungen - Geld zurück .....	11
Schöngerechnet - die Gefahr! .....	11
Beiträge für Musterkunden .....	12
Fazit .....	13
Presseinformationen .....	14

## Werbung und Wirklichkeit

Schon in den ersten Ankündigungen und mit ersten Werbebroschüren als Informationen für die Berater, machte die Continentale Krankenversicherung klar, welche Zielgruppe sie hiermit ansprechen möchte.

„Unsere neue Krankenvollversicherung:  
PREMIUM für Angestellte und Selbstständige  
...die Premium - Mehrwerte für Sie und Ihre Kunden: exzellent -  
wirtschaftlich - flexibel.“, heißt es in einer Information der Conti.

In der Vergangenheit veröffentlichte die Conti bereits Tarife wie den Economy, Comfort und [Business](#). Als Ergänzung zu den, bisher vorwiegend auf den Preis getrimmten, Tarifgenerationen soll nun ein weitaus umfangreicherer Versicherungsschutz im Portfolio folgen.

Interessant ist auch hier ein Trend in der Produktentwicklung zu sehen, weg von „billig, billiger...“ und hin zu (zumindest auf dem Papier erst einmal) hochwertigeren Leistungen. Zumindest sieht es auf den ersten Blick so aus. Leider macht die Continentale gleich im ersten Prospekt wieder einen Fehler und kann nicht aus Ihrer Haut. So wird schon wieder die vermeintliche Beitragsrückerstattung in den Beitrag eingerechnet und es werden „39,17 € Effektivbeitrag“ beworben, dazu aber später noch etwas detaillierter.

Mit den Vorgaben, also

- PREMIUM Tarif mit hochwertigem Schutz
- fallbezogene Selbstbeteiligung jedoch mit Deckelung
- bis zu 6 Monatsbeiträge Beitragsrückerstattung (garantier und flexibel)
- flexible Erweiterungen durch Bausteine (stationär, Kur, Optionen)

möchte die Continentale Krankenversicherung mit dem PREMIUM Tarif punkten.

Doch um die Qualität einer Krankenversicherung nun detaillierter bewerten zu können, ist es zwingend erforderlich die Leistungen in den Versicherungsbedingungen zu hinterfragen. Dazu liegen meiner Analyse die folgenden Bedingungen zugrunde.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung  
Allgemeine Tarifbedingungen der Continentale Krankenversicherung, Tarif PREMIUM  
(Stand 04/2020, Druckstück 7e.10118/02.20)  
Informationen für Makler „Innovationen“, Stand März 2020

Alle Dokumente können Sie als pdf Dateien über den Downloadbereich unter <http://www.online-pkv.de> direkt herunterladen und sich diese detailliert anschauen.

## **Tarifmodell, Selbstbeteiligung und „Innovation“**

Bei dem neuen Tarif hat sich der Versicherer wieder für einen Kompakttarif entschieden. Das bedeutet zunächst, dass dieser Tarifleistungen für die ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen enthält und dann um weitere Bausteine ergänzt werden kann. So sind zum Beispiel die stationären Wahlleistungen für ein Ein- oder Zweibettzimmer grundsätzlich erst einmal nicht im Tarif enthalten, lassen sich aber durch einen Zusatzbaustein ergänzen. Dieser Baustein ist jedoch nicht neu, sondern auch schon bei den heutigen Tarifen abschließbar.

Die Continentale hat im neuen Tarif wieder die fallbezogene Selbstbeteiligung gewählt. Im Gegensatz zu prozentualen oder absoluten Selbstbeteiligungen, wie wir diese aus vielen anderen Tarifen der Mitbewerber kennen, funktioniert eine fallbezogene Selbstbeteiligung etwas anders.

Zur besseren Vorstellung eine kurze Erläuterung zu den unterschiedlichen SB-Modellen. Bei einer prozentualen Eigenbeteiligung zahlen Sie einen bestimmten Prozentsatz einer anfallenden Rechnung selbst. Dabei kann diese Eigenbeteiligung auf einen maximalen Betrag gedeckelt sein. Bei einer absoluten Selbstbeteiligung hingegen, ist bereits zu Beginn des Versicherungsjahres die Höhe der Eigenbeteiligung klar definiert und in der Summe fix begrenzt.

Die fallbezogene (leistungsdynamische) Selbstbeteiligung, welche die Continentale hier verwendet, ist ein eigenwilliges Modell. Ich habe dazu bereits in einem anderen Beitrag über die Risiken einer solchen Eigenbeteiligung geschrieben. Den Beitrag finden Sie hier:

[→ Continentale und die großen Risiken der fallbezogenen Selbstbeteiligung](#)

Wieder Name schon sagt, fällt die Selbstbeteiligung für den jeweiligen Versicherungsfall an. Dabei kann diese auch mehrfach an einem Tag anfallen, sollten Sie zum Beispiel am Morgen einen Arztbesuch haben, danach Medikamente aus der Apotheke holen und zu guter Letzt eine physiotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen. So haben Sie dreimal an dem gleichen Tag eine fallbezogene Selbstbeteiligung zu zahlen.

Im Gegensatz zu den bisherigen Tarifen der Continentale, kommt hier jedoch zusätzlich eine Deckelung in den Tarif. Die fallbezogener Eigenbeteiligung ist auf einen maximalen Betrag von 500 € pro Kalenderjahr von vornherein begrenzt. (Kinder 250 €)

Als weitere „Innovationen“ bewirbt die Continentale Krankenversicherung hier eine Beitragsrückerstattung bis zu sechs Monatsbeiträgen (die sich aus einer garantierten und einer

erfolgsabhängigen Rückerstattung zusammensetzt) und ebenso einer Beitragsbefreiung in der Elternzeit. Auch diese beiden Punkte schauen wir uns später noch genauer an.

Für die Personengruppen unterscheidet der Versicherer Kinder (alle Personen bis einschließlich Alter 15), gefolgt von Jugendlichen (bis einschließlich alter 20) und anschließend dem Erwachsenen. Dabei ist zu beachten, dass bei Wechsel aus der einen andere Gruppe eine Anpassung des Beitrages stattfindet.

Die Continentale Krankenversicherung ist einer der wenigen Versicherer, der das Versicherungsjahr nicht zwingend und das Kalenderjahr angleicht. Somit kann eine Versicherung zum Beispiel am 1. Juni beginnen, endet dann auch immer am 1. Juni. Kommen mehrere Personen dazu, findet jedoch eine Angleichung an das bereits bestehende Versicherungsjahr statt.

## **Ausland, Weltgeltung und Reisen**

Auch wenn das Reisen in diesen Zeiten etwas schwieriger ist, wird sich dieses auch in Zukunft wieder ändern, umso wichtiger ist es, sich auch mit der Auslandsgeltung des neuen Tarifes zu beschäftigen.

Im neuen Tarif erweitert die Continentale die Regelungen aus den allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Beispiel für das außereuropäische Ausland. Hier besteht, in Erweiterung des Paragraphen 1 Abs. 4 der Musterbedingungen für zwölf Monate Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland, ohne dass es einer separaten Vereinbarung bedarf. Nur wenn dieser aufgrund einer notwendigen Heilbehandlung ausgedehnt werden muss und die versicherte Person nicht transportfähig ist, nur dann verlängert sich der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum.

Wer sich in dem versicherten Zeitraum im Ausland behandeln lassen muss, der bekommt die Kosten dort auch erstattet, wenn diese sich in Beträgen über/außerhalb der deutschen Gebührenordnung befinden, solange sie dort (in dem Aufenthaltsland) ortsüblich sind.

Weitere Voraussetzungen ergeben sich jedoch immer dann, wenn aus dem vorübergehenden Auslandsaufenthalt eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einem anderen Mitgliedstaat der europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz wird. Spätestens dann kann der Versicherer einen „angemessenen Beitragszuschlag erheben“ und eine solche Zustimmung in Form einer Vereinbarung zeitlich befristen. Dennoch findet sich eine positive Formulierung in den Bedingungen, denn bis zum Ablauf der Befristung kann die versicherte Person eine Fortführung beantragen, wenn sie sich weiterhin in dem Staat aufhält. Dabei ist jedoch zu beachten, dass dieses rechtzeitig und vor Ablauf der ersten Vereinbarung zu erfolgen hat. Bei Rückkehr nach Deutschland entfällt ein vorher vereinbarte Zuschlag dann jedoch wieder. Was genau der Versicherer hier mit „angemessenem Zuschlag“ meint, ist nicht weiter definiert.

## **Kriegsereignisse, MVZ, Ambulanzen & mehr**

Auch die immer wiederkehrenden Themen wie ein Versicherungsschutz bei kriegerischen Ereignissen oder Terroranschlägen haben bei der Continentalen Einzug in die Bedingungen gefunden. Hierbei besteht Versicherungsschutz nicht mehr, falls es eine entsprechende Reisewarnung vor Beginn des Auslandsaufenthaltes gegeben hat. Wird diese erst im Nachhinein

ausgesprochen, so erweitert sich der Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, bis eine Ausreise möglich ist. Die terroristischen Anschläge sind explizit in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Im Gegensatz zu alten Bedingungswerken der privaten Krankenversicherung sind in diesem neuen Tarif auch Leistungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhausambulanzen enthalten. Hierbei zählt die Continentale Krankenversicherung diverse Versorger in den Bedingungen auf.

Wer sich während des Versicherungsverlaufs einer Entzugsbehandlung befindet oder einer Entwöhnung unterziehen muss, genießt ebenfalls Versicherungsschutz, jedoch für maximal drei dieser Maßnahmen. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass eine Zusage erforderlich ist und diese nur dann erteilt wird, wenn keine Ansprüche auf Erstattung gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Diese nachgelagerte Erstattung befreit den Versicherer somit von einigen Leistungen. Generell ist jedoch eine Entwöhnungsbehandlung des Rauchens nicht versichert.

Wird ein Kind während der bestehenden Versicherungszeit der Eltern neugeboren, und erfüllt es die Voraussetzungen, so kann dieses im Rahmen der Neugeborenenversicherung nicht nur mitversichert werden, sondern auch eine geringere oder gar keine Selbstbeteiligung (sofern solche Tarife existieren) absichern. Ein anderer Tarif (auch wenn dieser vielleicht später besser und passender ist) kann nicht gewählt werden. Für die Neugeborenen besteht Versicherungsschutz ebenfalls für alle Erkrankungen und Schäden die bei/während/vor der Geburt entstanden oder bereits vorhanden sind.

Insgesamt sind ärztliche Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig, falls gemäß Paragraph 2 der Gebührenordnung für Ärzte eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt.

## **Psychotherapie, Heilpraktiker, Heil- und Hilfsmittel**

Die Psychotherapie nimmt auch in der privaten Krankenversicherung einen immer größeren Stellenwert ein. Der Grund ist auf der einen Seite eine größere Akzeptanz, auf der anderen Seite schlichtweg ein größerer Behandlungsbedarf durch steigende Belastungen. In dem neuen Tarif findet eine zweigeteilte Erstattung statt. Für die ersten 30 Sitzungen werden 100 % der laufenden Kosten erstattet, darüber hinausgehend nur noch 80 %. Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass es keine Grenzen der Anzahl der Sitzungen gibt, sondern eben nur ab Sitzung 31 eine Eigenbeteiligung von 20 %. Kinder und Jugendtherapeuten können ebenso für eine Behandlung aufgesucht werden, wie auch psychologische Psychotherapeuten. Beide sind als Behandler ausdrücklich genannt.

Auch die Soziotherapie (eine Therapie, falls sie aus Gründen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind herzlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen), sind nun in den Versicherungsbedingungen extra aufgeführt. Die Kosten sind jedoch hier beschränkt auf das, was im Rahmen eines Vergütungsvertrages mit der gesetzlichen Krankenkasse (geregelt im Paragraphen 132 des Fünften Sozialgesetzbuches) erstattungsfähig wäre.

Sollten die Versicherten sich für eine Behandlung bei einem Heilpraktiker entscheiden, so sind die Leistungen innerhalb der gültigen Fassung der Gebührenordnung für Heilpraktiker erstattungsfähig, ebenso darüber hinaus die Kosten sonstiger, „von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“. Hierbei ist es zwingend

erforderlich, dass diese in dem vom Versicherer genannten Verzeichnis für Naturheilverfahren enthalten sind.

Das Verzeichnis können Sie sich als Anlage zu den Versicherungsbedingungen (verfügbar im [Downloadbereich](#)) anschauen.

Natürlich sind auch Hebammen und Entbindungspfleger mit sämtlichen Leistungen nach der, für diese Berufsgruppen gültigen, Gebührenordnung versichert.

Ein größeres Kostenrisiko sind in der Praxis die versicherten Hilfsmittel. Auch hier verwendet die Continentale einen geöffneten Hilfsmittelkatalog, nennt explizit lebenserhaltende Hilfsmittel und zählt beispielhaft Beatmungsgeräte oder auch das Heimdialysegerät auf. Neben dem Blindenhund einschließlich des erforderlichen Trainings, sind auch Kommunikationshilfen wie Gebärdensprachdolmetscher erstattungsfähig.

Ganz anders als es die Tarif Bezeichnung „Premium“ vermuten lässt, sind 1.500 € pro Ohr für ein Hörgerät nicht wirklich Premium. Dennoch hat der Versicherer diese Begrenzung für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen aufgehoben.

Für den Bezug von Hilfsmittel gilt generell:

Übersteigt das Hilfsmittel die Kosten von 1.000 €, so ist vorab ein Kostenvoranschlag einzureichen. (das gilt nicht für Hörgeräte) der Versicherer verpflichtet sich diesen unverzüglich zu prüfen. Halten Sie sich als Kunde nicht an diese Regelung, so wird der 1.000 € übersteigende Teil mit einer zusätzlichen Selbstbeteiligung von 20 % versehen und es werden nur 80 % erstattet.

Besondere Regelungen gelten für die Augen. So werden Sehhilfen in einer Leistungsperiode (die zwei aufeinanderfolgende Kalenderjahre umfasst) bis zu einem Betrag von maximal 400 € erstattet. Sollten Sie sich für eine refraktive chirurgische Maßnahme (z.Bsp. Lasik) entscheiden, werden innerhalb der ersten zwei Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn 400 € pro Auge und ab dem dritten Jahr bis zu 2.500 € pro Auge für eine solche Maßnahme erstattet.

Auch wenn es gegenüber den Hilfsmitteln bei den so genannten Heilmitteln um geringere Kosten geht, sind auch diese nicht zu unterschätzen. Gerade bei einem Schlaganfall oder Unfall, können diese Behandlungen sich hierfür über eine sehr lange Zeit erstrecken und damit durchaus größere Beträge zusammenkommen.

Hier verwendet der Versicherer eine offene Formulierung und nennt beispielhaft neben den Psychotherapeuten auch die Logopäden und Ergotherapeuten.

## **Medikamente und Nahrungsmittel**

Für eine Versorgung mit Medikamenten können ausdrücklich auch Internet- und Versand Apotheken genutzt werden, solange diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel innerhalb der europäischen Union haben. Immer mehr Versicherte nutzen die Möglichkeit eines Bezuges von Medikamenten über diesen Weg. Dabei gelten weitere Besonderheiten bei dem Bezug von Generika, nur diese gibt es ohne Selbstbeteiligung.

Zudem sind als Arzneimittel auch homöopathische Medikamente sowie Harn- und Bluttest Streifen erstattungsfähig. Über die Sinnlosigkeit von Erstattung von Zuckerpräparaten möchte ich hier gar nicht weiter diskutieren, sie stehen nun einmal so in den Bedingungen.

Wird eine enterale (Sonden- oder Trinknahrung) oder parenterale Ernährung erforderlich, so sind diese nur dann erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist. Ich hatte vor Jahren einen Kunden, der aufgrund starker Gewichtsabnahme bei einer Darmerkrankung ergänzend hochkalorische Trinknahrung bekam. Da er aber weiterhin normal ernährt wurde und alles andere auch essen konnte, wäre eine Erstattung in so einem Fall hier ausgeschlossen, trotz ärztlicher Verordnung.

## **Palliativversorgung und Krankenpflege**

Auch an die immer wichtiger werden der Krankenpflege und Versorgung im Bereich der Palliativmedizin wurde in den Bedingungen gedacht. Dabei wird zwischen der ambulanten und stationären Palliativversorgung unterschieden, und jeweils auf die vertraglichen Regelungen für gesetzlich Krankenversicherte im Sozialgesetzbuch V abstellt. Dieses gibt auch hier den Kostenrahmen vor. Auch hier gilt wieder die Regelung: andere Versorgungsträger gehen vor.

Bei der stationären Versorgung handelt es sich hier um eine voll- oder teilstationärer Versorgung in einem Hospiz. Dieses muss zwingend von der Deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt sein. Auch hier besteht Leistungspflicht, solange entsprechende Versorgungsverträge mit der GKV bestehen.

Die häusliche Krankenpflege wird, als sogenannte Behandlungspflege, nach den Vorgaben der gesetzlich Versicherten im Rahmen der konkreten Regelungen der Bedingungen erstattet. Diese können Sie unter dem Punkt 7 auf der Seite 6 der Tarifbedingungen nachlesen. Neben der Grundpflege gibt es auch Kostenerstattung für die hauswirtschaftliche Versorgung, jedoch nur dann wenn auch die Grundpflege verordnet wurde.

Anders als in vielen anderen Tarifen hat die Continentale hier eine Leistung für Kosten einer Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, eine ambulante Operation oder eine Rehabilitationsmaßnahme eingeführt. Diese muss ärztlich verordnet werden und durch entsprechende Rechnungsbelege nachgewiesen. Dabei gelten Kosten von bis zu 20 € pro Stunde und maximal 80 € pro Tag als erstattungsfähig. Durch die Begrenzung auf 28 Tage pro Kalenderjahr maximiert sich die Erstattung auf 2.240 € als höchstmöglicher Betrag. Zu beachten sind jedoch die zwingenden Voraussetzungen, genannt im Punkt 20 auf der Seite 10.

## **Schulungen und digitale Anwendungen**

Neu finden wir in diversen Versicherungsbedingungen immer wieder (so auch in diesen Tarif) eine Kostenerstattung für medizinische Schulungen bei chronischen Erkrankungen. Hier gelten ebenfalls die Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung. Sollten Sie solche Kurse besuchen wollen, so ist dringend die Art der Abrechnung zu beachten. Rechnet der Anbieter pauschal ab, kann es zu Problemen mit der Erstattung kommen.

Auch finden sich hier in den neuen Bedingungen erstattungsfähige „digitale Gesundheitsanwendungen“. Nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung hat unser

Bundesgesundheitsminister die Erstattung solche Kosten vorangetrieben, auch in der privaten Krankenversicherung finden diese immer mehr Anklang. Dabei sind die Kosten bis zu 80 % und maximal begrenzt auf 1.000 € pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Zu beachten ist hierbei, dass es natürlich nur um die Kosten der Anwendung geht, keinesfalls um Smartphone oder Computer. Nachzulesen sind die genauen Formulierungen und Beschränkungen 19 auf der Seite 10 der Tarifbedingungen.

Interessant nachzulesen sind zudem auch weitere Leistungen in der sozialmedizinischen Nachsorge und sozialpädiatrischen Leistungen. Genaue Vorgaben dazu finden sich in die Tarifbedingungen unter Punkt 16- 17.

### **Weitere Leistungen (künstliche Befruchtung, Impfungen, Vorsorge, Transporte)**

Selbstverständlich leistet der Versicherer generell auch bei einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft. Dabei sind maximal drei Versuche in der jeweiligen Methode erstattungsfähig. Ebenfalls gelten entsprechende Voraussetzungen, wie zum Beispiel ein krankhafter Organbefund der versicherten Person. Ist die Partnerin oder der Partner nicht bei der Continental Krankenversicherung versichert, leistet diese ausschließlich für die verbleibenden Restkosten. Zwingend erforderlich ist ebenfalls eine Leistungszusage, welche vor Beginn der Behandlung erfolgen muss.

Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie von der ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Dabei sind auch Reiseschutzimpfungen oder Impfungen aus beruflichen Gründen eingeschlossen. Dazu werden ausdrücklich die Reiseschutzimpfungen gegen japanische Enzephalitis und die Prophylaxe gegen Malaria genannt.

Anders als bei den Impfungen, sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen begrenzt. Dabei werden zunächst einmal alle Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen und dort ohne Altersbegrenzung erstattet. Wer weiter vorsorgen möchte, den stehen hierfür bis zu 500 € pro Kalenderjahr für darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung.

In diesem Zusammenhang noch einige Sätze zu den Krankentransporten, welche sich in die Bereiche ambulante, stationäre und Rücktransporte gliedern.

Neben den Transporten in das nächstgelegene und medizinisch geeignete Krankenhaus sind ambulant auch Fahrten zur und von einer ambulanten Operation erstattungsfähig. Zusätzlich bekommen Patienten ärztlich verordnet Fahrten zur und von der Dialyse oder Strahlen- und Chemotherapie erstattet. Als Erweiterung gegenüber anderen Versicherern hat die Continental auch ärztlich verordnete Fahrkosten zu einem geeigneten Arzt bei Schwerbehinderung, Blindheit oder Hilflosigkeit, so wie bei Pflegebedürftigkeit nach den geraden 3-5 in die Bedingungen aufgenommen. Hier gelten jedoch weitere Kriterien, welche sich unter dem Punkt 22 der Tarifbedingungen nachlesen lassen.

Wer aus dem Ausland zurück transportiert werden muss, bekommt die Differenzkosten gegenüber den Rückreise Kosten einer gesunden Person erstattet. Dieses gilt jedoch nur, wenn der Rücktransport medizinisch notwendig ist.



Fahrten zu stationären Behandlungen werden im Rahmen einer Versorgung im nächstgelegenen und nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus erstattet.

## **Ab ins Krankenhaus- oder besser nicht?**

Wie bereits erwähnt, ist in dem Tarif selbst (also ohne Zusatzbausteine) nur die Regelleistung und das Mehrbettzimmer versichert. Diese so genannten allgemeinen Krankenhausleistungen werden, ebenso wie belegärztliche Leistungen, erstattet.

### **Gemischte Anstalten**

Abweichend von den Vorgaben in den Musterbedingungen, verzichtet der Versicherer auf eine schriftliche Zusage, im Falle einer Notfalleinweisung, falls ist das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung ist oder falls es sich um einen Unfall oder eine akute Erkrankung bei einem dortigen Aufenthalt handelt.

Auch dringend zu beachten sind die Beschränkungen bei stationären Anschlussrehabilitationsmaßnahmen. Diese sind nur dann erstattungsfähig, wenn eine Akutbehandlung vorausging für die Leistungspflicht bestand, wenn diese Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wurde und es weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf.

Lange Zeit lassen sollten Sie sich mit einer solchen Behandlung nicht. Denn zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und der Aufnahme in der Krankenanstalt dürfen nicht mehr als zwei Wochen liegen. Eine Ergänzung für Verspätung ohne eigenes Verschulden gibt es nicht. Das birgt die Gefahr, dass der Versicherer hier nicht zahlen muss, weil der Patient einfach kleinen Platz bekommt.

## **Oh weh, mein Zahn...**

Ein großer Kostenfaktor können Behandlungen beim Zahnarzt sein. Hier folgt der Versicherer der verbreiteten Aufteilung in Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Die Zahnbehandlung wird, einschließlich Material- und Laborleistungen, mit 100 % erstattet, auch wenn die Kosten gemäß Paragraph 2 der Gebührenordnung über den Höchstsatz hinausgehen.

Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen werden mit einem Erstattungssatz von 85 % bezahlt, dazu zählen auch Implantate oder auch augmentative Behandlungen. Falls Sie jetzt gerade „Tante Google“ bemühen wollten, es handelt sich hierbei um begleitende Behandlungen bei einer Implantat Versorgung, um einen zurückgebildeten Knochen vor der eigentlichen Versorgung mit einem Implantat wieder aufzubauen.

Zu beachten sind jedoch insgesamt im Bereich der Zahnbehandlung die Summenbegrenzungen, welche recht niedrig sind. So dürfen in den ersten beiden Jahren maximal 2.000 € (1.000 € pro Jahr) für die Erstattung verwendet werden. In den ersten vier Jahren steigt der Höchstbetrag auf 5000 € (also 1.250 € pro Jahr) und in den ersten sechs Jahren auf bis zu 10.000 € insgesamt. Ausgenommen von diesen Begrenzungen sind Unfälle, wobei zum Beispiel das Abbrechen eines Zahnes, falls Sie auf einen Kirschkern beißen, nicht dazugehört.

Auch ist es wichtig sich an die Regeln für den Heil- und Kostenplan zu halten. Nur wenn dieser bei voraussichtlichen Kosten über 2.000 € eingereicht wird, gelten die zuvor genannten Erstattungen. Wird dieses vergessen oder bewusst nicht getan, so reduziert sich die Erstattung auf die Hälfte. (Für alles das, was die 2.000 € überschreitet)

## **Wechselrechte?**

Bevor wir uns nun Umwandlungsrechte und Optionen anschauen, machen wir uns doch noch einmal klar, wer die Zielgruppe ist. Der Tarif soll „Angestellte und Selbstständige“ gleichermaßen ansprechen.

Da unser Leben in den meisten Fällen nicht geradlinig verläuft, wären entsprechende Wechselrechte (insbesondere eine vorübergehende Reduzierung des Versicherungsschutzes und spätere Rückkehr ohne Gesundheitsprüfung) wünschenswert, sind aber nicht vorhanden. Der Kunde kann (und muss) hier einen entsprechenden Optionstarif und kann auch nur die dort genannten Möglichkeiten nutzen.

Damit hat die Continentale meiner Meinung nach eine Chance verspielt, den Tarif mit wachsen zu lassen und damit auch temporäre Veränderungen bei den Versicherten zu unterstützen.

## **Leistungsdynamische Selbstbeteiligung - die Krux mit den 20 €**

Nachdem der Begriff „fallbezogene Selbstbeteiligung“ anscheinend nicht mehr gut genug klingt, oder zu viele Besucher meine Kritik gelesen haben, hat man sich ein neues Wort überlegt. Es heißt jetzt: „Leistungsdynamische Selbstbeteiligung“

Im vereinfachten Sinne gibt es für nahezu alles und jedes eine pauschale Selbstbeteiligung von 20 €. Die genauen Vorgaben finden Sie auf der Seite 16 (Punkt IV.) der Tarifbedingungen. 20 € zahlen Sie zum Beispiel je Behandlungstag bei einem Arzt, für jeden Tag in der Reha, für jeden Behandlungstag bei Sozialtherapie oder Entbindung und auch für jede psychotherapeutische Sitzung.

Auch werden Ihnen 20 € für jedes Arzneimittel, jedes Verbandmittel und jeden Impfstoff abgenommen. Einzige Ausnahme, sie beziehen Generika.

Sie möchten Heilmittel (Massage, Fango, Logopädie oder Ergotherapie) nutzen, gerne doch. Kostet 20 € pro Behandlungstag je Heilmittel. Das bedeutet auch, bekommen sie erst eine Fangopackung und danach eine krankengymnastische Behandlung, sind wir schon bei 40 € pro Tag. Auch Hilfsmittel, sozialpädiatrischen Leistungen, Krankentransporte oder jeder Behandlungstag beim Zahnarzt kostet - Sie ahnen es schon - 20 €.

Da kommt schnell etwas zusammen. Nehmen wir einmal an sie besuchen morgens ihren Arzt.

Dieser stellt fest, dass sie an Rückenbeschwerden leiden und verordnet Ihnen Krankengymnastik, Wärmebehandlung, ein Schmerzmittel und wo sie schon mal da sind, lassen Sie sich gleich noch impfen. Haben Sie mit gezählt?

Mit 100 € sind Sie an diesem Tag dabei. Für jeden weiteren Besuch beim Physiotherapeuten mit Fango und Krankengymnastik fallen 40 € an. Üblich sind Verordnungen von 6-10 Sitzungen. Nehmen wir die untere Grenze und berücksichtigen nur sechs Tage bei der Physiotherapie mit

zwei Heilmitteln pro Tag. Eine war schon am Tag des Arztbesuches, für die anderen folgen 5 Tage a (zweimal 20) 40 € = 200 €.

Dazu noch ein Kontrollbesuch beim Arzt und die kleine Zerrung im Rücken war mit 320 € jetzt nicht unbedingt preiswert.

Die gesamte Selbstbeteiligung pro Jahr ist auf einen Betrag von 500 € für Erwachsene oder 250 € für Kinder und Jugendliche begrenzt. Verlassen Sie den Versicherer jedoch zum Beispiel aufgrund von Versicherungspflicht unterjährig wieder, so findet keine anteilige Berechnung statt und die 500 € gelten auch für die wenigen Monate.

## **Können bestehende Kunden in die neuen Tarife wechseln?**

Nach dem, in Paragraph 204 VVG geregelten Tarifwechselrecht kann auch ein Bestandskunde wechseln. Zu beachten sind hierbei die erforderliche Gesundheitsprüfung für die Mehrleistungen und / oder ein entsprechender Verzicht auf die verbesserten Leistungen des neuen Tarifs.

## **Keine Leistungen - Geld zurück**

Klar, mit Speck fängt man Mäuse und mit Beitragsrückerstattungsversprechen Kunden. Funktioniert leider immer und immer wieder und selbst dann, wenn diese nicht garantiert und steuerschädlich sind.

Die Continentale hat in diesem Tarif eine zweigeteilte Beitragsrückerstattung. Voraussetzung ist zunächst einmal dass sie keine Rechnungen einreichen und damit keine Leistungen beanspruchen. In diesem Fall bekommen Sie garantiert eine Rückerstattung von zwei Monatsbeiträgen (dabei geht als Monatsbeitrag ausschließlich der Beitrag für den Tarif selbst, nicht aber für Zusatzbausteine wie den gesetzlichen Zuschlag, Pflegepflicht, stationärer Baustein). Dazu **kann** die Gesellschaft jedes Jahr neu eine Beitragsrück Erstattung von bis zu vier Monatsbeiträgen beschließen, **kann - muss aber nicht**.

Auch diese erfolgsabhängige Rückerstattung ist natürlich an die Tatsache geknüpft, dass sie keine Rechnungen einreichen.

Diese maximale Rückerstattung geht aber erst ab dem fünften leistungsfrei. Voraussetzung für jeder Art von Rückerstattung ist jedoch die Tatsache, dass es kein Mahnverfahren gegeben haben darf und dass der Tarif am 1. Juli des Folgejahres ununterbrochen in Kraft ist und nicht gekündigt sein darf. Also auch nicht für die Zukunft bereits gekündigt.

## **Schöngerechnet - die Gefahr !**

Ich finde es daher höchst fragwürdig, wenn schon vor Abschluss des Tarifes von dem Versicherer die Beiträge schön gerechnet werden. So rechnet uns die Continentale in dem Beispiel eines 35-jährigen Versicherten vor, dass der Tarif doch nur 39,17 € pro Monat als effektiv Beitrag kostet.

Schauen wir uns den Sternchentext weiter unten etwas genauer an, dann finden wir folgende Rechnung. Der wirkliche Tarif Beitrag liegt bei 486,75 €. Davon abgezogen wurde der Arbeitgeberzuschuss mit 243,38 € und weiterhin eine Rückerstattung von 204,20 €. Diese gibt es

natürlich erst dann, wenn **fünf leistungsfreie Kalenderjahre** erfüllt sind und keine Leistungen eingereicht werden.

Erzeugt jedoch ein vollkommen falsches Bild. **Ich entscheide mich doch nicht für eine private Krankenversicherung mit „Premium Leistungen“ um dann davon auszugehen, dass ich fünf Jahre lang keinerlei Rechnungen einreiche.** Was auch vergessen wird sind die steuerlichen Folgen oder zumindest ein Hinweis darauf, leider. Aber das klingt eben nicht so schön billig.

Insgesamt zeigt aber auch hier der Versicherer wieder, dass es am Ende fast ausschließlich um den (schön hin gerechneten) Preis geht. 39,17 € ist dabei eine völlig falsche Wahrnehmung.

## **Beispielprämien**

Um eine Vorstellung von der Prämie zu bekommen, hier einige kurze Beispiele.

PREMIUM und Zusatzbausteine

- Erwachsene zahlen für den Tarif PREMIUM 449,23 € (inkl. GZ)
- dazu kommen für die stat. Wahlleistungen SP1 noch 49,46 €
- Krankentagegeld ab 43. Tag mit 120 € für 43,68 €
- Optionsbaustein (AV-P1) mit 4,50 €
- Kurkostentarif KS-U/150 mit weiteren 4,29 €
- Pflegepflicht (PVN) mit 44,50 €

**GESAMTBEITRAG also 595,66 €.**

Der Arbeitgeberzuschuss beträgt hier: - 275,58 € für die KV und 22,25 € in der PV

Damit wird der Arbeitnehmer mit 297,83 € belastet. Dazu kommt die Selbstbeteiligung von (auf den Monat heruntergerechneten) 41,66 €.

Kinder zahlen hierbei einen Beitrag von 186,57 EUR (PREMIUM, SP1, Option, ohne Kur und KT) und Jugendliche 193,70 EUR bei jeweils 250 € statt 500€ SB.

Im Vergleich zu Mitbewerbern bieten die Tarife auf den **ersten** Blick einen recht guten Preis, der ist aber in der PKV nur zweitwichtig. Dabei sind jedoch gegenüber den leistungsfähigeren Tarifen einiger Mitbewerber vor allem die kleinen und feinen Unterschiede relevant. Da geht es im Detail um Formulierungen bei Auslandsgeltung, auch bei den Hilfsmitteln und besonders auch um bestehende Wechselrechte. Diese lassen sich- auch mit dem Optionsbaustein- keinesfalls mit denen der Mitbewerber vergleichen.

Problematisch ist das „schön rechnen“, denn die Krankenversicherung sollte eben kein Sparvertrag sein und auch nicht danach bemessen werden, wo möglichst viel wieder heraus kommt.

Klar sein sollten Sie sich auch darüber, was als Rückerstattung aus dem Vertrag abfließt, fehlt am Ende im Tarif. Hier ein Beispiel aus den Unterlagen der Gesellschaft.



Aber, mit dem Preis in der PKV ist das so eine Sache. Leider wird auch heute noch immer und immer wieder auf den heutigen Zahlbeitrag geschaut.

## **Fazit**

Im Vergleich zu den bisher bei der Continentale Krankenversicherung aG vorhandenen Tarifen (Economy, [Comfort](#) und [Business](#)) ist dieser Tarif ganz sicher eine Verbesserung, wäre auch traurig falls nicht.

Der als „Leuchtkraft für Ihre Gesundheit“ beworbene Business Tarif war das damals sicher nicht. Dennoch hätte ich mir mehr gewünscht. Warum? Weil gerade Wechseloptionen in andere Tarife oder Tarifkombinationen, die Rückkehr nach einer Reduzierung in den alten Schutz oder generell mehr Flexibilität heute nachgefragt werden.

Wer sich mit der fallbezogenen (oder heute leistungsdynamisch genannten) Selbstbeteiligung anfreunden kann und vorwiegend auf den Preis schaut, der kann und sollte sich auch diese Tarife genauer anschauen. Wer hingegen den Focus auf Leistung setzt, der findet am Markt durchaus Tarife, welche höheren Ansprüchen gerecht werden. Gesellschaften wie die Barmenia, eine Süddeutsche Krankenversicherung, mit Einschränkungen auch eine Hallesche oder der (ehem.) Deutsche Ring mit dem Prime sind nur einige Namen, die hier in die weitere Betrachtung kommen sollten und ausdrücklich keine Empfehlung. (Ohne Beratung sollte man das auch lassen).

**Ihr Sven Hennig**

## Presseinformationen:

Die S.H.C. GmbH mit Ihrem Geschäftsführer Sven Hennig hat sich als Versicherungsmakler seit über 20 Jahren auf die Beratung in den Bereichen Private Kranken(zusatz)Versicherung, Absicherung der Arbeitskraft bei Berufsunfähigkeit und Vorsorge spezialisiert.

Die Beratungen erfolgen bundesweit via Telefon, Onlineberatung, Skype, Chat oder E-Mail. Der Geschäftsführer Sven Hennig ist seit 1996 in der als Berater aktiv und als Autor vieler Fachartikel bekannt.

Seit Anfang des Jahres 2000 betreibt Hr. Hennig unter <http://www.online-pkv.de> eine umfangreiche Sammlung an Blogartikeln, Vordrucken, Musterformularen und vielen Informationen rund um die beratenen Themen.

Nach einem dritten Platz in 2017, wurde der Blog von Sven Hennig im Jahre 2018 als „bestes Versicherungsblog Deutschlands“ ausgezeichnet und hatte im Jahr 2019 fast drei Millionen Aufrufe.