

Spezialmakler PKV, Altersvorsorge und BU

Newsletter zum neuen Tarif OK der Signal

Wieder einmal ein neuer Tarif der Signal Krankenversicherung

(<http://www.signal.de>) **Tarif OK**

Wie auch in der Vergangenheit möchten wir Ihnen wieder einige Hinweise und Erklärungen zu dem „Wirrarr der Versicherungsbedingungen“ geben.

Warum es neben den bestehenden Tarifen nunmehr noch weitere geben muss, erschließt sich noch nicht ganz, jedoch scheint auch hier das Ziel der Kostenminimierung und der Kontrolle zu sein, was sich immer mehr in der Privaten Krankenversicherung durchsetzt.

Hier nun zu einigen Punkten der **Tarifbedingungen (MBKK Signal Teil I- III)**

Wo gilt der Versicherungsschutz?

Zunächst gilt einmal der Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland für 12 Monate, ohne besondere Vereinbarung. Jedoch ist §15.3 zu beachten. Demnach endet der Versicherungsschutz bei Verlegung des Wohnsitzes **oder** des gewöhnlichen Aufenthaltes ohne gesonderte Vereinbarung. Eine Verpflichtung solche Vereinbarung auch zu treffen besteht für den VR nur dann, wenn diese binnen 2 Monaten nach Verlegung **in den Europäischen Wirtschaftsraum** beantragt wird. Sonst ist auch hier die Anwartschaft möglich, wobei die Aussage „vorübergehend“ nicht konkretisiert ist.

Erstattungssätze und Einschränkungen:

Zunächst einmal gilt eine Beschränkung auf die Höchstsätze der GOÄ, welche nur im Ausland aufgehoben wird. (Teil III, 1.1.)

Schutzimpfungen (Teil III, 1.2), Vorsorge (1.3)

Auch hier einige Einschränkungen. Es werden aber explizit Grippe- und 5 weiter genannte Impfungen erstattet, zzgl. den Mehrfachimpfungen bei Säuglingen gem. staatlicher Empfehlung. Vorsorgemaßnahmen scheinen auch hier nicht wirklich gewollt, wie sonst ist eine Beschränkung auf ges. eingeführte Programme + Krebsvorsorge zu erklären?

Psychotherapie (1.4)

Eine Beschränkung auf 30 Behandlungstage ist zumindest ungewöhnlich, da meist auf die Anzahl der Sitzungen abgestellt wird, wobei kaum mehr als 1 Sitzung am Tag medizinisch sinnvoll erscheint und es somit der schlechten Regelung angeglichen ist.

Allein die Tatsache auf 30 zu begrenzen ist bedenklich, da die Regelung der GKV heute fast das 10-fache leistet.

Medikamente:

Hier taucht eine besondere Variante in der Tariflandschaft der PKV auf, es wird nämlich unterschieden zwischen Originalpräparaten und Generika. Zwingende Voraussetzung ist aber immer eine „wissenschaftlich allgemeine Anerkennung“ und der Bezug in der Apotheke zzgl. sonst erfolg versprechender Medikamente wenn schulmedizinisch keine Alternative vorhanden. (1.5. Teil III Tarif OK)

Es gilt eine SB von 20%, maximiert auf einen Rechnungsbetrag von 4.000 EUR (Personen bis 20 J. die Hälfte), **es sei denn der Kunde greift auf Generika zurück.**

Hausarztprinzip:

Als durchaus negativ ist zu bewerten das der Hausarzt, der laut Bedingungen (1.6. Teil III) Arzt für Allgemeinmedizin/ praktischer Arzt oder Internist (was ist mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der hier nicht genannt ist?) sein muss, **dem Versicherten (bei der ersten Inanspruchnahme von [jeglichen] Leistungen) schriftlich benannt werden muss und auch eine Änderung des Arztes anzeigepflichtig ist.**

Heilpraktiker:

Diese Leistung hätte man auch weglassen können, denn eine Leistung bis Regelhöchstsatz der GebüH und einer Begrenzung auf 80% von max. 550 EUR p.a. bringt nicht wirklich etwas.

Hilfsmittel:

Zweifelsohne gibt es auf dem Markt mehrfach bessere Lösungen als diese Definition. Es handelt sich um eine geschlossene Aufzählung von 11 genannten Hilfsmitteln. Scheinbar ist bei den Entwicklern dieses Produktes noch nicht angekommen, das es neben den genannten Arm- und Beinprothesen eben auch Prothesen der Ohren oder des Gesichtes geben kann, die hier nicht genannt (=nicht versichert) sind, wie auch die Tatsache, das ein handbetriebener Krankenfahrstuhl nicht immer ausreichend ist. Weiterhin fehlen mehrere Hilfsmittel, weshalb man sich überlegen sollte sich für so eine Regelung zu entscheiden.

Weiterhin begrenzt der VR seine Leistungen auf den Bezug einmal in drei Jahren und schränkt ein, dass nur 80% (es sei denn Bezug über VR oder Genehmigung eines Kostenvoranschlages) geleistet werden.

Heilmittel:

Schön ist der Einschluss von logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen, wenn auch **mit Begrenzung auf die Regelhöchstsätze (2,3 fach)** der GOÄ.

Fahrkosten:

Erstattet werden auch die Fahrten zur Dialyse oder Strahlenbehandlung unter Anrechnung der SB. Im stationären Bereich finden wir hier jedoch eine Einschränkung auf das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus. Erstattet werden hier **Krankentransporte** oder **Fahrten zum...** Krankenhaus.

Stationäre Kosten:

Eingeschränkt wird die Erstattung der Krankenhauskosten durch die Bezugnahme auf die Bundespflegegesetzverordnung und das Krankenhausentgeltgesetz.

Zahnleistungen:

Etwas abweichend von den sonstigen Regelungen ist die Zahnersatzregelung. Sie beginnt bei einem Erstattungsprozentsatz von 80% für das erste und zweite Jahr und **vermindert** sich um jährlich 10% bis auf **minimal** 60%, es sei denn es wird jährlich eine **Kontrolluntersuchung nachgewiesen und keine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt**. Weiterhin wird bei Material- und Laborkosten auf die mittlere Preislage begrenzt.

Alles in Allem handelt es sich um einen Tarif, welcher sicher für einen ausgewählten Kundenkreis seine Berechtigung hat, jedoch sehr sorgfältig ausgewählt werden sollte, da die Einschränkungen zum Teil und bei Nichtbeachtung zu einer recht stattlichen finanziellen Mehrbelastung werden können.

Bei weiteren Fragen und einer Beratung stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sven Hennig
Spezialmakler für die Private Krankenversicherung
<http://www.online-pkv.de>