

Hospizaufenthalte

Aussage Vergleichsprogramm	bedingungsgemäße Regelung
<p>Besondere Krankenanstalten (Hospize) sind bei der LKH nicht versichert.</p>	<p>Tarif T, Teil II, D 6 Ergänzungsschutz D. Stationäre Heilbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Krankenhausbehandlung - 2. Stationäre Hospizbehandlung

Folie 7:

Dies ist auch nur unter dem „allgemeinen Ergänzungsschutz“ geregelt, (gemäß Basistarif)

Stationäre Heilbehandlung

Aussage Vergleichsprogramm	bedingungsgemäße Regelung
<ul style="list-style-type: none"> • Die tarifliche Erstattungsregelung sieht auch Erstattungen die über den Höchstsätzen der deutschen GOÄ liegen vor. • Bei LKH steht ein „Nein“ 	<p>Aufwendungen für ambulante und stationäre Operationen (ohne Zahn u. Kiefer-OP) sind <u>oberhalb</u> der Höchstsätze der GOÄ erstattungsfähig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu 100 % nach schriftlicher Zusage - ohne vorherige schriftliche Zusage zu 80 % bis 10.000 EUR, darüber hinaus zu 100 %

Folie 8:

Wir bewerten nur wenn grundsätzlich Leistungen über GOÄ erbracht werden. Hier werden nur für bestimmte Behandlungen und nur in begrenztem Umfang Leistungen über GOÄ erstattet. Was nutzt mir das wenn ich z. B. inoperable Erkrankungen habe? Z. B. Rheuma, div. Tumortherapien, div. Endokrinologische oder Neurologische Erkrankungen (Schlaganfall).

Besondere Krankenanstalten

Aussage Vergleichsprogramm

bedingungsgemäße Regelung

- Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten sind bei der LKH nicht versichert

- Eindeutige Rechtsprechung:
Leistungsanspruch, wenn vor Behandlungsbeginn schriftliche Leistungszusage des Versicherers.
Ausnahme Notfall (z.B. Herzinfarkt direkt vor der gemischten Krankenanstalt)
Rechtsprechung: vorherige Zusage nicht erforderlich
Eine solche Klausel muss folglich nicht in die AVB übernommen werden

Folie 9:

Stimmt. Diese Rechtsprechung gibt es. Allerdings kann sich zum einen die Rechtsprechung ändern und daher führt nur die Fixierung in den AVB zu Vertragssicherheit, zum anderen besteht zwischen dem Notfall direkt vor der gemischten Anstalt und einer Behandlung bei Notfall m. E. doch noch ein deutlicher Unterschied. Notfallbehandlung könnte z. B. bedeuten, dass ich vom Rettungsdienst in die gem. Anstalt gebracht wurde. Dies würde dann definitiv nicht mehr dem Notfall direkt vor der gem. Anstalt entsprechen.

Allgemeiner Ergänzungsschutz

Der allgemeine Ergänzungsschutz ergibt sich aus dem Leistungsversprechen des brancheneinheitlichen Basistarifs gem. § 20 AVB/KKV.

Dieser Leistungsumfang kann sich während der Vertragslaufzeit insoweit ändern, als Änderungen im Leistungsumfang des Basistarifs, der weitgehend dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) entspricht, erfolgen. Maßgeblich ist der Leistungsumfang des Basistarifs zum Zeitpunkt der jeweiligen Behandlung.

Sieht der Basistarif in den nachstehend aufgeführten Bereichen (gemäß Tarif BT) Leistungen vor, die über den TOP-Versicherungsschutz hinaus gehen, sind diese Mehrleistungen unter den Leistungsvoraussetzungen sowie nach Art, Umfang und Höhe des Basistarifs erstattungsfähig, wobei Selbstbehalte und Rechnungshöchstbeträge, die in Teil I Top-Versicherungsschutz vereinbart sind, berücksichtigt werden. Etwasige Zuzahlungen und Selbstbehalte des Basistarifs bleiben unberücksichtigt:

- A. Ambulante Heilbehandlung
 - 1. Ärztliche Behandlung
 - 2. Psychotherapie
 - 4. Psychotherapie
 - 6. Haushaltshilfe bei
 - a) Krankenhausbehandlung
 - b) Anschlussheilbehandlung
 - f) Schwangerschaft und Entbindung
 - g) häuslicher Krankenpflege
 - 7. Arznei- und Verbandmittel
 - 8. Heilmittel
 - 9. Hilfsmittel
 - 11. Ambulante Rehabilitation
 - 13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
 - 14. Fahrtkosten
- B. Maßnahmen nach § 1 Abs. 3 a) MBÄT 2009
 - 1. Schwangerschaft und Entbindung
 - 2. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft
 - 3. Empfängnisverhütung
 - 4. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie
 - 1. Zahnärztliche Behandlung
 - 2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen
- D. Stationäre Heilbehandlung
 - 1. Krankenhausbehandlung
 - 6. Stationäre Hospizbehandlung

Folie 13:

Die Entwicklung der hier versprochenen Leistungen ist nicht absehbar und genauso unberechenbar wie die Politik der GKV.

Folie 15 – 18:

s. o. Zusätzlich empfinde ich persönlich es als kritisch, dass bei eigentlich allen Leistungen auf den o. g. Ergänzungsschutz abgezielt wird.

Blindenhund

Das ist ein Thema, welches gerne genannt wird, in der Praxis aber praktisch ohne Relevanz ist. In 20 Jahren LKH-Praxis gab es einen Antrag auf einen Blindenhund. Der wurde dann allerdings abgelehnt, weil eine staatliche Stelle für die Kostentragung zuständig ist (vermutlich das Sozialamt im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe für Behinderte).

○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○

Folie 19:

Verstehe das Problem nicht. Blindenhund ist im Tarif T sowieso versichert. Genauso wie in der GKV. Zusätzlich hat die Anzahl der Anträge auf einen Blindenhund nur dann eine Aussagekraft, wenn sie in Relation gesetzt wird. Von wie vielen Versicherten reden wir bei dieser Betrachtung? Wie viele davon sind blind? Wie viele Blindenleitgeräte wurden z. B. im gleichen Zeitraum erstattet? Als blinder Mensch ist mir mit der Aussage, dass ich der erste in 20 Jahren bin nicht gedient.

Sehimplantat

Hier passiert ein Grundsatzfehler, der in Rankings häufig vorkommt. Wenn ein Gerät in den Körper implantiert wird, zum Beispiel ein Hörimplantat, ein Herzschrittmacher, ein Brustimplantat oder ein künstliches Hüftgelenk, dann wird es damit zum Körperteil und es handelt sich nicht mehr um ein Hilfsmittel. Die Abrechnung erfolgt stationär über die entsprechenden Pauschalen / Krankenhausentgelte. Folglich müssen sämtliche Punkte Sehimplantat mit einem Haken versehen werden, weil wir selbstverständlich derartige Operationen finanzieren.

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

Folie 20:
Wie besprochen.

Blutdruckmessgeräte sind mitversichert **ausdrücklich** siehe **Hilfsmittelverzeichnis** Ziffer A 2. Folglich müssen sämtliche Punkte, die danach folgen (mit Ausnahme einmal jährlich), mit einem Haken versehen werden.

Blutzuckermessgeräte sind zwar nicht ausdrücklich im **Hilfsmittelverzeichnis** erwähnt, sind aber als Kassenleistung über den **Basistarif** mitversichert. Folglich müssen sämtliche Punkte mit einem Haken versehen werden.

X
✓
✓
✓
XX
○○
○○
○
○
○○
○○
XXXX
X ○
XX
X ○
XXXX
XX
XXXX
XX
XXXX
XX

Folie 21:

Hier wird es jetzt ganz interessant, denn hier gibt es einen Fehler in der Software. Lt. Unserer Software wären Blutdruckmessgeräte gar nicht versichert. Das ist falsch. Laut diesem Auszug allerdings schon. Stellt sich für mich die Frage, wo kommen die Daten her?

