

Hallo,

schön, dass Sie hier sind.

Gerade erst vor einigen wenigen Tagen berichtete ich über einen Artikel zum Thema der Einfirmenvertreter im Versicherungsjournal. Wichtig und wohl auch entscheidend zur Bemessungen der Wertigkeit des Einfirmenvertreters gegenüber dem Makler und den Versicherungsvermittlern war dort die Dauer der Zugehörigkeit zum Arbeitgeber, nicht die Leistung, die der Vermittler dieses Status zu erbringen vermag.

Kompetenz und Inhalte, begründet auf einem umfassenden marktüberblick erscheinen mir weit wichtiger für den Kunden.

Man sprach auch von einer besonderen Spezialisierung der Einfirmenvertreter, besonders auf die hauseigenen Produkte bezogen.

Ein solcher Vermittler - mit ca. 20 jähriger Firmenzugehörigkeit (eigene Angabe) bei der LKH hat vor kurzem einen Vortrag zum Thema Vergleichssoftware und deren Inhalte bezüglich den LKH Tarifen , gehalten. Er konzentriert sich hierbei insbesondere, sofern zu erkennen, auf den TOP Tarif.

Vor einiger Zeit wurde mir ein Jurist, heute in der Versicherungsbranche tätig bekannt, der der Meinung war, das fehlende Vertragsinhalte bei der LKH, weil diese landwirtschaftliche orientiert sei, per Handschlag nachgeregelt würden. So wie es auf dem Lande eben üblich sei.

Auf das Urteil vor dem Bundessozialgericht sollte man hier sicherlich richtigerweise hinweisen. Ein Jurist (!), LKH versichert, erfragte die wohl zu erwarten Vorgehensweise der LKH, sollte er mal Bedarf an einem Rollstuhl auch über den vertragliche garantierten Inhalt von 800,- € hinaus haben. Wie mir berichte wurde, erhielt er einen Brief der Geschäftsführung, die ihm eine bedarfsgerecht Regelung ungeachtet der Inhalte, zusicherte. Falls nicht aus der Krankenversicherung, dann aus der Pflegeversicherung. Dort sind Rollstühle nur dann versichert, wenn aus der Pflege ein Anspruch begründet werden kann. Einige Jahre später stellte sich der Bedarf an die versprochene Leistung ein. Trotz schriftlichem Versprechen ging es vor Gericht. **(Anlage c)**

Sinngemäß wird hier klar, dass nur das, was im Vertrag klar geregelt ist auch

geleistet wird - werden darf. Geschäftsplanmäßige Erklärungen stehen grundsätzlich außerhalb ! AVB (BGH VerBAV 8/96, S. 209) (**siehe auch hier**) Dies ist eine Grundlage der Kalkulationsverordnung und eine Einzelfallregelung, wie auch die „per Handschlag“, wäre ein Verstoß dagegen sowie ein Verstoß gegen das Prinzip der Gleichbehandlung. Der gewählte Versicherungsschutz in dem hier vorliegenden Tarif der LKH ist, so der Richter, eben geringer als der der GKV und eigenverantwortlich gewählt. Pech gehabt!

Der Herr bewertet in seinem Vortrag die Angaben einer Software mit den Inhalten der LKH Tarife und seiner persönlichen Deutung, was die Inhalte klar belegen würden.

Ich möchte hier dazu einiges kommentieren und bitte den Herren, dem ich dies zusenden werde, um seinen Kommentar, der auch hier veröffentlicht werden soll. Als wichtig erachte ich hier, die zielgerichtete und fruchtbare Diskussion zur Klarstellung der Rechtslage und der Positionierung der LKH am Markt. Der Kundennutzen sollte hier Handlungsgrundlage sein.

-stationäre Heilbehandlung-

Die Frage aus der Software ist ausgerichtet auf die Leistungen (Gesamtheit) über den Sätzen der GOÄ und zwar „ohne Wenn und Aber“ also klar reguliert. Der hier getätigte Hinweis zeigt, dass es hier schon erste Einschränkungen (Nur für Operationen aber wiederum nicht für Zahn und Kiefer –OP gibt. Die zweite Einschränkung ist die notwendige „vorherige schriftliche Zusage“ zur 100 %-tigen Leistungsregulierung. Diese Formulierung stellt keine garantierte Leistung dar, sondern ein „Kann-Bestimmung „. Sicherlich werden hier Erklärungen geliefert werden, wie das gemeint sei. Sicherlich liegt eine Betrachtung im Rahmen der Kosten zu Grunde. Alle diese Erklärungen sind aber nicht Vertragsinhalt, also wieder nur eine „Erklärung“. Solche Erklärungen gehören in den Vertrag, wie es auch bei anderen Gesellschaften formuliert ist. Der Markt ist die Messlatte der Qualität.

-Besondere Krankenanstalten-

Hier wird von der Eindeutigkeit der Rechtsprechung gesprochen und sofort die „vorherige schriftliche Zusage“ angeführt. Schon ein sehr interessanter Standpunkt, denn er gibt der Software Recht. Die Leistung ist nicht garantiert

sondern basiert auf einer „Kann-Regelung“. Weiter hinten bezieht sich der Herr auf die Texte von Bach und Moser (Abhandlungen zu den MB/KK). Ein Gerichtsurteil ist immer eine Einzelfallentscheidung und keine gesetzgebende Grundlage. Bach und Moser, MB/KK und MB/KT Kommentar, 4 Auflage, bestätigen durch Nennung (Seite 363, oben rechts) die vorherige schriftliche Zusage als Notwendigkeit der Leistungsregulierung in § 4, Abs. 5 MB/KK, durch eine Vielzahl von Urteilen. Der berühmte Einzelfall wird auch hier auch behandelt. Eine Seite zuvor wird klar, dass dies zwar in der Rechtsprechung schon dazu führte, dass die Kosten auch ohne diese Zusage übernommen -

Besondere Krankenanstalten-

Hier wird von der Eindeutigkeit der Rechtsprechung gesprochen und sofort die „vorherige schriftliche Zusage“ angeführt. Schon ein sehr interessanter Standpunkt, denn es gibt der Software Recht. Die Leistung ist nicht garantiert sondern basiert auf einer „Kann-Regelung“. Weiter hinten bezieht sich der Herr auf die Texte von Bach und Moser (Abhandlungen zu den MB/KK). Ein Gerichtsurteil ist immer eine Einzelfallentscheidung und keine gesetzgebende Grundlage. Bach und Moser, MB/KK und MB/KT Kommentar, 4 Auflage, bestätigen durch Nennung (Seite 363, oben rechts) die vorherige schriftliche Zusage als Notwendigkeit der Leistungsregulierung in § 4, Abs. 5 MB/KK, durch eine Vielzahl von Urteilen. Der berühmte Einzelfall wird auch hier auch behandelt. Eine Seite zuvor wird klar, dass dies zwar in der Rechtsprechung schon dazu führte, dass die Kosten auch ohne diese Zusage übernommen, aber es ist auch keine Verpflichtung, die sich daraus herleitet also eine „Kann“-Bestimmung. Gern wüsste ich Ihre „Quelle“ bei Bach und Moser. Ich denke, dass ein privat versicherter Kunde bei Einlieferung in eine solche Krankenanstalt diese als versichert ansieht. Gern erinnere ich nochmals: Der Markt ist die Messlatte der Qualität und es geht weit klarer, eben ohne „Kann Bestimmungen“ zum Vorteil des Kunden. Sofern es diese Möglichkeit gibt, ist der Kunde zu informieren. Ich erinnere Sie an das o. g. Urteil: Der Kunde hatte die freie Wahl am Markt. Wählt er solche Bestimmungen so akzeptiert er die Leistungseinschränkungen zu seinem Nachteil. Auch hier gibt die Software den Tarifinhalt korrekt wieder.

„Teil II: Allgemeiner Ergänzungsschutz“

Dieser Sachverhalt ist nun besonders interessant und gehört besonders beachtet. Hier bitte ich den Herren um Klarstellung und Positionierung, denn immer wieder geht er auf diesen Punkt ein. Sinngemäß, so ich es richtig verstehe, weist er auf die Möglichkeit hin, sofern Leistungen im Tarif der LKH fehlen, sich diese aus dem Basistarif zugänglich machen zu können. Das lässt darauf schließen, dass es doch wohl, denn es wird oftmals im Vortrag erwähnt, diverse Leistungen gibt, die nicht versichert sind. Auch scheint dieser Zugriff „einfach so“ machbar zu sein. Ein Wechsel, wie im geschilderten § 20 der AVB/KK, ist wohl dazu nicht notwendig. Ist das „die Lösung“ der LKH? Nicht versichertes per Zugriff auf der Basis der GKV Leistungen zu regulieren? Diese Leistungen sind jedoch für den Kunden nicht planbar, da den Reformationen der GKV unterworfen. Wie ist das rechtlich und kalkulatorisch darstellbar? Ich bitte um Information, ob diese sich ständig ändernde Leistungsgrundlage einkalkuliert ist. Gern lerne ich dazu. Hier der zitierte § 20.:

§ 20

Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Ziff. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

-Hilfsmittel-

Es wird die Erstattung von umfangreich aufgelisteten Hilfsmitteln beteuert. Sollte diese nicht im „TOP-Schutz“ zu finden sein, so geht es wider „einfach so“ zum Basistarif. Warum ist man dann eigentlich Privat LKH versichert, wenn doch so oft mit diesem Zugriff das Fehlen von Leistungen ausgeglichen werden soll / kann? Die Begriffe „dynamisch“ und „offen“ sind sicherlich nicht vergleichbar. „Dynamisch“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Dynamik>) nicht klar für diesen Sachverhalt definiert und „offen“ ist der Katalog nicht, weil er eine geschlossene Aufzählung vorweist. Wenn er offen wäre, hätte der weiter oben

benannte Fall nicht stattfinden müssen, hätte der Jurist den Rollstuhl erhalten. Eigentlich stellt sich auch die Frage nach dem Zugriff zum Basistarif, der hier ggf. mehr geleistet hätte. War dieser nun doch nicht möglich? Auch hier bitte ich um eine kollegiale Belehrung.

Zum Schlafapnoegerät:

Es ist nicht gelistet, also nicht versichert. Wird auch hier „immer“ und einheitlich positiv entschieden, so könnte das nachformuliert werden. Ist es nicht nach formulierbar, so stimmt die Aussage nicht, es wird „immer“ gezahlt. Auch hier wird vom „TOP“ Tarif auf den GKV Schutz, der übrigens auch keine garantierten Leistungen beinhaltet, verwiesen. Der Basistarif, noch einmal klargestellt, ist dem GKV Schutz nachempfunden. Wir alle kennen den Satz „Nach der Reform, ist vor der Reform“ und wissen, dass eine Leistung in der GKV morgen schon anders oder nicht mehr vorhanden sein kann. Übrigens wird im entsprechenden § 20 bei der LKH auch auf diesen Sachverhalt hingewiesen. Was ist dieser Zugriff, sofern überhaupt rechtlich und kalkulatorisch möglich, Wert? Was ist eine Leistung Wert, die morgen schon nicht mehr da sein könnte? Macht es wirklich Sinn, sich privat zu versichern, wenn die Leistungen zum wohl nicht geringen Teil, die der GKV sind? Wieder bitte ich um Klarstellung und Nennung der entsprechenden Rechtsgrundlagen. Gern auch Nennung von Leistungsregulierungen, die mit diesem Zugriff reguliert wurden. Die Software übriges basiert auf dem Vergleich von garantierten, also nicht sich möglicherweise ändernden Sachverhalten und ist daher hier korrekt.

Herzüberwachungsmonitore.

Für Kinder sind diese wohl Erstattungsfähig. Wird man älter, wird wieder, wenn das so richtig verstanden ist, auf GKV Niveau reguliert. Dieses Niveau ist aber nicht garantiert. Dies zieht sich wie ein roter Faden durch die folgenden Darstellungen des Herrn und es stellt sich eine grundsätzliche Frage. Ist der Unterschied garantierter Inhalte des Vertragsrechts gegenüber der Rechtsgrundlage der Regulierung der GKV bekannt? Die hier argumentierte „offen Formulierung“ wird mit dem Begriff der Wirtschaftlichkeit im Sozialgesetzbuch beschränkt. Eine Vielzahl der am Markt angebotenen Tarife formulieren weit klarer ohne zu Hilfenahme eines Ergänzungstarifes mit nicht garantierte Rechtsgrundlage und sind daher dem Kunden vor Auge zu führen.

-Blindenhund-

Sofern es nicht relevant ist, warum ist es dann enthalten? Die Zeiten ändern sich und der Bedarf könnte morgen ein anderer sein. Von Ablehnungen mit der Begründung, dies unterläge der Leistungsregulierung des Staates, zu berichten, wirf die Frage auf, wann es der LKH und wann dem Staate unterliegt. Wie wird hier argumentiert und nachweislich entscheiden. Gern wüsste ich mehr. Hier

geht es meiner Meinung nach um einen speziellen Fall, nicht darum, dass der Staat grundsätzlich leistet.

-künstliche Ernährung-

Zitat aus den AVB: *Als erstattungsfähige Arzneimittel gelten nicht: Nahrungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Multivitaminpräparate, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenz- und Libidosteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduktion, gegen Haarausfall sowie sonstige Anti- Aging-Produkte. Sondernahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiätengelten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Sie sind nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig.*

Also auch hier keine Garantie, sondern eine „Kann-Bestimmung“ die nicht die Vergleichsgrundlage der Software ist.

-Zusammenfassung-

-Honorarerstattung Arzt über Höchstsatz GOÄ „möglich“
(also nicht garantiert)

-gemischte Anstalten siehe Bach und Moser
(Einzelfallentscheidung und keine einklagbare Rechtsgrundlage. Nur in diesem Ausnahmefall wurde der Klage statt gegeben.)

Ratings:

TOP Schutz erzielt „FF“.

Das ist kein Leistungsmerkmal und kann sich je nach Wirtschaftslage ändern)

Punktesystem?

Wo bitte liegt hier ei einklagbarer Vorteil im Sinne der Leistungen für den Kunden? Ich bitte um Information.

Zusätzliche Mindeststandards für FF+ und FF nicht erfüllt.

Ist das auch ein Qualitätsmerkmal und löst garantiert Leistungsinhalte aus?

Fazit:

Sehr geehrter Verfasser, es ist mir wichtig, dazu zu lernen. Daher bitte ich um einen kollegialen Austausch, den ich gern zur weiteren Informationsbereitstellung in meinen Blog veröffentlichen möchte. Sicherlich sind auch Sie daran interessiert, zumal die LKH sich so weit besser am Markt positionieren kann. Woher diese Rechtsauffassungen bei Ihnen kommen und worauf diese sich begründen, ist mir wichtig zu erfahren. Gern wüsste ich auch mehr über die nachprüfbare Regulierungspraktik der LKH. Auch, wenn „immer,„ geleistet wurde, warum ist dies nicht jeweils nachformuliert worden? Da ich in meiner langjährigen Tätigkeit Tarife kennengelernt habe und vermittele, die diese Interpretationen unnötig machen, weil Leistungen klar und einklagbar formuliert sind, wüsste ich gern wo denn der Vorteil bei Beratung durch Einfirmenvertreter liegen soll. Der Einfirmenvertreter ist nur in der Lage, hauseigene Produkte anzubieten. Seine Zugehörigkeit, auch nicht die Dauer diese Zugehörigkeit gleichenden fehlende Auswahl in der Nennung der Möglichkeiten des Marktes aus. Ein Kunde ist für die Wahl des Versicherungsschutzes, wie oben im Urteil klar wurde, selbst verantwortlich (auch Bach und Moser). Wie aber kann er das beurteilen, wenn er nur einen Ausschnitt am Markt vorgelegt bekommt und oftmals gar nicht klar ist, dass der Beratende nur eine beschränkte Auswahl hat. Noch ein Hinweis zum Schluss, insbesondere für „Beitragsvergleicher“. In meinem Alter, bei gleicher SB müsste ich in der 100-er Tarifreihe, sowie auch den „P-Tarifen“ über 200,- € Mehrbeitrag und im „T-Tarif“, mit teilweise gesetzlichem Niveau über 300,- € mehr zahlen. Welchen Grund sollte ich nun haben, mich dort zu versichern? Bei meinem Versicherungsschutz sind diese Einschränkungen und damit wohl notwendigen Zugriffe auf Ergänzungen im GKV Niveau nicht notwendig. Ich will eben „wirklich“ privat versichert sein.

Ausschlaggebend ist der Beitrag aber auch nicht der monatliche, sondern die Summe der Kosten, die Sie im Leistungsfall nicht versichert haben. Wie sinnvoll daher garantierte Inhalte, die die Bewertungsgrundlage der Software sind.

Hier bitte ich um Erläuterung auf die ich mich schon sehr freue und bedanke mich für Ihre Mühen.

Ihr Frank Dietrich
PremiumCircle Berlin GmbH

Diesen Vortrag erhielt ich und möchte nun heute einige Gedanken dazu anführen. Die LKH, bekannte aus einigen signifikanten Rechtsurteilen, auf die

ich noch eingehen werde, war auch meine Gesprächspartner zum Ende 2009. Ein Mandant, der dort im Sinne des ordentlichen Kündigungsrechts, also zu Ende September kündigte wurde darüber informiert, dass er diese Kündigung innerhalb der Bürozeiten zu versenden hätte (!) und das diese nicht anerkannt würde, da er den Nachweis der folgenden, substituierenden Versicherung auch bis Ende September vorlegen müsse. Man argumentierte mit dem VVG und sah dann später ein, dass dieses Verhalten sich daraus nicht herleiten lassen würde.

(siehe Korrespondenz a / b)

Warum aber wird immer erst gegen den Kunden ausgelegt, dann erst eingelenkt. Wie ist das mit den Bürozeiten, polemisch gesagt, wenn Wandertag dort wäre?

