

Was bei fehlerhaften Angaben passiert

Neues Chirurgie-Protokoll mit optimierter Bohrer-Generation

Gabriele Bengel über Wissenswertes und Hintergründe zum Umgang mit privaten Kranken- und Zusatzversicherungen (6)

In den beiden letzten Folgen (DZW 9/13 und 10/13) haben wir Antragsfragen und Annahmerichtlinien erläutert. Heute geht es um die Fragen: Was passiert, wenn Ihr Patient im Versicherungsantrag falsche Angaben macht? Wenn er „vergisst“, dass ihm Zahn 47 fehlt? Oder wenn er angibt, dass er drei überkronte Zähne hat – in Wahrheit sind es aber fünf?

Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer hat bei Antragstellung die ihm bekannten „Gefahrzustände“ anzugeben, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. So regelt das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Paragraph 19 die Anzeigepflicht des Antragstellers, und zwar für alle Versicherungsarten.

In der Autoversicherung ist die Art des Fahrzeugs relevant für die Risikoeinschätzung, in der Gebäudeversicherung die Bauart, in der Krankenversicherung der Gesundheitszustand und in der Zahnzusatzversicherung der Zustand des Gebisses. Wichtig ist, dass nur die Fragen zu beantworten sind, die im Antrag gestellt werden. Fragt der Versicherer im Antrag auf Zahnzusatzversicherung also nur nach fehlenden Zähnen und nach laufenden Behandlungen, dann ist für ihn die Anzahl der bereits überkronten Zähne nicht relevant, und der Patient muss sie auch nicht erwähnen. Der Versicherer begnügt sich in diesem Fall mit einer vereinfachten Risikoprüfung.

Verletzung der Anzeigepflicht

Wenn Ihr Patient Antragsfragen falsch beantwortet hat, dann kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Allerdings kann er dies nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit und auch nur dann, wenn er den Vertrag bei Kenntnis des tatsächlichen Gebisszustands nicht geschlossen hätte. Bei „leichter“ Fahr-

lässigkeit hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Die Bewertung, was grobfahrlässig war und wann von „leichter“ Fahrlässigkeit auszugehen ist, obliegt im Zweifelsfall den Gerichten. Grobe Fahrlässigkeit oder gar Vorsatz ist anzunehmen, wenn Ihr Patient die Frage nach laufenden oder angeratenen Behandlungen verneint, obwohl Sie ihm bereits einen Heil- und Kostenplan ausgehändigt haben.

PKV INSIDE

Hätte der Versicherer bei Kenntnis des Gebisszustands den Vertrag zu besonderen Konditionen angenommen – zum Beispiel mit einer Verlängerung der Zahnstaffel oder einem Leistungsausschluss für die angeratene Behandlung –, so ist er verpflichtet, dieses Angebot im Nachhinein rückwirkend ab Vertragsbeginn zu machen.

Wird im Zusammenhang mit einem Behandlungsfall eine Anzeigepflichtverletzung festgestellt, dann ist der Versicherer leistungsfrei – allerdings nur, wenn der nicht angezeigte Umstand ursächlich für den Eintritt und den Umfang des Leistungsfalls ist. Bei der Nichtanzeige einer bereits angeratenen Behandlung ist es in der Praxis oft so, dass der Versicherer einen Leistungsausschluss für die Behandlung gemäß HKP vom [Datum] rückwirkend ab Beginn anbietet und der Patient damit den Eigenanteil aus eigener Tasche bezahlen muss. Für alle weiteren, zukünftigen Behandlungen bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Nachweis der Anzeigepflichtverletzung

Fälle, in denen der Versicherer eine Anzeigepflichtverletzung vermutet, landen bei Ihnen in der Praxis. Denn der Versicherer braucht Ihre Auskunft darüber, wie der

Zahnstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung tatsächlich war beziehungsweise wann erstmals eine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde. Wie sollte er das sonst abklären außer mit Ihrer Hilfe?

Der Versicherer will sich mit dieser Prüfung auch gar nicht um die Leistung „drücken“, und er hat auch keine „schlechte Leistungsbearbeitung“ – wie manchmal leichtfertig unterstellt wird. Diese Prüfung dient letztlich dem Schutz der Versichertengemeinschaft: So wird verhindert, dass Patienten Leistungen bekommen, die sich erst dann schnell noch versichern, wenn der Behandlungsfall schon feststeht. Solche Fälle treiben die Ausgaben des Versicherers in die Höhe, was natürlich zu einer Beitragserhöhung führt. Die höheren Beiträge haben dann auch die vielen Versicherten, die ganz sorgfältig und korrekt alle Antragsfragen beantworten, zu bezahlen.

Bei der Prüfung darf der Versicherer natürlich nur die Umstände abfragen, die er auch bei Antragstellung wissen wollte. Solange Ihre Auskunft nicht vorliegt, wird der Versicherer keine Erstattung zusagen. Insofern helfen Sie Ihrem Patienten, möglichst schnell Klarheit darüber zu bekommen, ob er Versicherungsschutz hat oder nicht, wenn Sie die Anfrage zeitnah beantworten.

Zeitliche Befristung

Das Recht, wegen einer Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurückzutreten oder ihn zu kündigen, hat der Versicherer nur in den ersten fünf Jahren nach Abschluss des Vertrags. Darüber hinaus hat er das Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten. Hierbei hat der Versicherer allerdings eine umfassende Beweispflicht: Er muss nicht nur die Verletzung der Anzeigepflicht nachweisen, sondern auch die Arglist des Antragstellers. Die Gerichte stellen hohe Anforderungen an diese Nachweispflicht, sodass Anfechtungen in der Praxis selten vorkommen.

Auch wenn Einzelfälle ärgerlich sind – für den Patienten ebenso wie für Sie –, so ist doch anzumerken, dass die überwiegende Mehrzahl der Versicherungsverträge korrekt zustandekommt und entweder gar keine Prüfung der Anzeigepflicht erforderlich wird oder diese ergebnislos verläuft. Nur dann, wenn zeitnah zum Vertragsabschluss ein umfangreicher Behandlungsfall gemeldet wird, muss der Versicherer in jedem Fall im Hinblick auf die Stabilität der Versicherungsbeiträge eine Prüfung einleiten. Schließlich soll es nicht heißen: „Der ehrliche Versicherte ist der Dumme“.

Welche weiteren Prüfungen der Versicherer im Behandlungsfall vornimmt, erfahren Sie in den nächsten Folgen.

Gabriele Bengel,
Esslingen

(wird fortgesetzt)

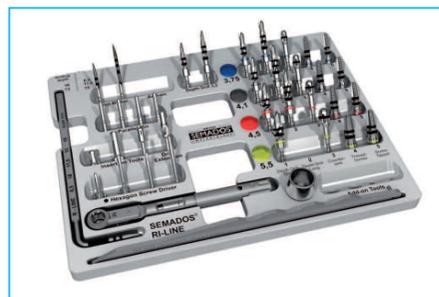
Instrumentarium und Einbringtechnik für Bego-Semados-RI-Implantate wurde deutlich vereinfacht

Die Bego Implant Systems mit Sitz in Bremen hat gemeinsam mit Dr. Dr. Roland und Dr. Dr. Phillip Streckbein (Limburg, Gießen) das Chirurgie-Instrumentarium (Bego Semados RI-Line TrayPlus) mit einer innovativen Bohrer-Generation entwickelt und somit die Einbringtechnik der Se-

Das Instrumentarium befindet sich in einem verkleinerten, übersichtlichen Metall-Tray, bei dem aus hygienischen Gründen auf Silikon-Einsätze zur Fixierung der Instrumente verzichtet wurde. Die Anzahl der rotierenden Werkzeuge sei deutlich reduziert worden, um eine Verkürzung des chirurgi-

lich sichtbare Tiefenmarkierungen auf den Bohrern leisteten einen wichtigen Beitrag für einen sicheren Einsatz des Instrumentariums.

Tiefenstopps aus dem separat verfügbaren Drillstopp TrayPlus RI-Line komplettierten das Instrumentarium. Als besonderes



Das neue Semados RI-Line TrayPlus im übersichtlichen Metall-Tray



Die Tiefenstopps des Drillstopp TrayPlus RI-Line
Fotos: Bego

mdos-RI-Implantate deutlich vereinfacht und nachhaltig optimiert. Die bewährten Implantate der RI-Line können jetzt aufgrund der modifizierten Aufbereitung selbstkondensierend in verschiedenste Knochenqualitäten erfolgreich inseriert werden, heißt es in einer Presseinformation des Bremer Dentalherstellers.

Das Vorgehen zu ermöglichen. Die optimal auf die Implantate abgestimmten Bohrerdurchmesser erlauben dem Anwender, die Implantate selbstkondensierend auch bei D2- und D3-Knochenqualität einzubringen. Des Weiteren garantiere die optimierte Bohrer-Geometrie eine besonders ruhige Schneidleistung. Deut-

Plus bewerten die Hersteller die integrierten Werkzeuge zur sanften Knochenbearbeitung (Gewindeformer zum Bone-Condensing/-Spreading). Für eine begrenzte Zeit können laut Presseinformationen interessierte Anwender das neue Instrumentarium zu attraktiven Sonderkonditionen beziehen.

Die Autorin dieser kleinen Serie, **Gabriele Bengel**, war viele Jahre lang in der Versicherungsbranche tätig. Sie hat sich bereits während ihres BWL-Studiums auf das Versicherungswesen konzentriert und die Materie von der Pike auf gelernt. Inzwischen hat sie sich auf Krankenversicherung spezialisiert und kennt Produkte und ihre Besonderheiten ebenso wie Vertragsgestaltung und Leistungsbearbeitung.

Bengel ist Geschäftsführerin der To:dent.ta GmbH (Hamburg) und hat sich unter anderem vorgenommen, mit ihrer Dienstleistung Licht ins Dunkel der Zahnversicherungstarife zu bringen und Zahnärzten und Patienten aufzuzeigen, dass „Versicherung“ auch einfach gehen kann. Bengel hält auch Vorträge bei Patientenveranstaltungen sowie für Zahnärztinnen und Zahnärzte.



Die Autorin steht für Fragen zu den einzelnen Inhalten dieser Serie gerne zur Verfügung und freut sich über Anregungen und Themenwünsche. Sie erreichen Sie per E-Mail an service@dzw.de oder direkt an gabriele.bengel@todentta.de.