

Erstattungsprobleme in der privaten Krankheitskostenversicherung

Rechtsanwälte | Steuerberater

DR. BECKSTEIN UND KOLLEGEN

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

08.04.2011 Hamburg

- Referent:

Rechtsanwalt Matthes Egger

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Versicherungsrecht

Dr. Beckstein & Kollegen

Rechtsanwälte und Steuerberater

Ausgangslage

- Ermittlung des vertraglichen Rahmens
 - Versicherungsschein
 - Versicherungsbedingungen (AVB/MBKK)
 - Tarifbedingungen

Vertraglicher Rahmen im Regelfall

- Versicherungsschutz bei Krankheit, Unfällen und sonstigen versicherten Ereignissen
- Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen
- Versicherungsfall: medizinisch notwendige Heilbehandlung

Vertraglicher Rahmen im Regelfall

- gedehnter Versicherungsfall
 - Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht (§ 1 Abs. 2 MB/KK)

Vertraglicher Rahmen im Regelfall

- Umfang der Leistungspflicht
 - freie Wahl unter niedergelassenen (Zahn-)Ärzten, Heilpraktikern
 - Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, soweit von diesen verordnet

Vertraglicher Rahmen im Regelfall

- Umfang der Leistungspflicht
 - stationäre Heilbehandlung: freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern,
 - die Krankengeschichten führen und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen,
 - die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen

Vertraglicher Rahmen im Regelfall

- Umfang der Leistungspflicht
 - ergibt sich aus § 4 Abs. 1 MB/KK i.V.m. § 4 Abs. 3 MB/KK, die auf die Tarifbedingungen verweisen
 - dort wird häufig bestimmt, dass die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung erstattet werden

Auslegung der MBKK

- so, wie ein durchschnittlicher VN sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muss
- maßgeblich: Verständnismöglichkeiten eines VN ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit - auch - seine Interessen

Auslegung der MBKK

- nicht maßgebend, was sich der Verfasser der Bedingungen bei der Abfassung vorstellte.
- Entstehungsgeschichte, die der VN typischerweise nicht kennt, hat außer Betracht zu bleiben
- Versicherungswirtschaftliche Überlegungen allenfalls insoweit zu berücksichtigen, als sie sich aus dem Wortlaut der Bedingungen für den verständigen, durchschnittlichen VN unmittelbar erschließen

Auslegung der MBKK

- VN geht vom Wortlaut der auszulegenden Klausel aus und berücksichtigt ihren Zweck und den erkennbaren Sinnzusammenhang
- VN kann aus dem Wortlaut des § 1 Abs. 2 S. 1 MBKK nicht ersehen, dass auch finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen

Auslegung der MBKK

- VN versteht, dass ihm nicht die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme erstattet werden, sondern nur für eine solche, die objektiv geeignet ist, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern
- Beschränkung der Leistungspflicht auf billigere von mehreren (gleichwertigen) Behandlungsmethoden erschließt sich VN nicht

Beginn des Versicherungsschutzes

- Im Regelfall:
 - § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK bestimmt, dass für Versicherungsfälle (medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen) die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, nicht geleistet wird.

Beginn der Heilbehandlung

- Heilbehandlung
 - jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt

Beginn der Heilbehandlung

- „Behandlung“ einer Krankheit ist nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch schon die erste ärztliche Untersuchung, die auf die Erkennung **des Leidens** abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist.....

Beginn der Heilbehandlung

- Beginn der (neuen) Heilbehandlung mit der ersten Inanspruchnahme jeglicher ärztlicher Tätigkeit, die **durch die betreffende Krankheit verursacht** worden ist, sofern die Tätigkeit des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt (BGH, VersR 1978, 362).

Beginn der Heilbehandlung

- Versicherungsfall beginnt mit derjenigen ärztlichen Tätigkeit, die **durch die jeweils betroffene Krankheit verursacht** worden ist, wobei zur Behandlung nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch die ärztliche Untersuchung, die auf ein Erkennen des Leidens, also eine Diagnosestellung zu diesem Leiden abzielt -LG Dortmund NJW-RR 2008,118

Beginn der Heilbehandlung

- Versicherungsfall setzt also eine „.....Handlung“ voraus, die auf eine bestimmte Krankheit oder Unfallfolgen bezogen ist.

Beginn der Heilbehandlung

- BGH (BGH VersR 78, 271): wegen des schon vorher „**diagnostizierten**“ Zahnschadens liegt Vorvertraglichkeit vor;
- Das bedeutet, dass lediglich die „*Behandlung der (bereits vor Vertragsabschluss) diagnostizierten Krankheit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist*“

Beginn der Heilbehandlung

- Bezugspunkt ist also die behandlungsbedürftige und diagnostizierte Krankheit
- Vorvertraglich, wenn beides vor Vertragsschluss gegeben
- soweit nicht die Behandlungsbedürftigkeit der diagnostizierten Krankheit ebenfalls vor Vertragsabschluss weggefallen ist

Ende der Heilbehandlung (des Versicherungsfalles)

- Versicherungsfall endet, wenn nach objektivem medizinischen Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr vorliegt, die Behandlung also als abgeschlossen und nicht nur als unterbrochen anzusehen ist
- Damit endet auch die Leistungspflicht des Versicherers selbst dann, wenn noch weitere Behandlungsmaßnahmen zur Anwendung kommen.

Beginn und Ende der Heilbehandlung

- Fallbeispiele

Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung

- Medizinische Notwendigkeit
 - wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen

Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung

- Medizinische Notwendigkeit
 - grundsätzlich gegeben, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken
 - es kommt mithin auf die Erfolgsaussichten der in Aussicht genommenen Behandlung an

Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung

- Medizinische Notwendigkeit
 - Eignung ist Voraussetzung und dient der Ausfüllung des Tatbestandsmerkmals der medizinischen Notwendigkeit
 - BGH und h.M.: Kostengesichtspunkte sind bei der Frage nach der medizinischen Notwendigkeit nicht relevant

Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung

- „Prinzip der Nachrangigkeit/Erforderlichkeit“ oder „Stufenverhältnis“ (ambulant vs. stationär) den MBKK bzw. dem VVG ebenfalls nicht zu entnehmen
- Gleichwohl: OLG Köln will über „Adäquanz“ entgegen BGH Kostengesichtspunkte bei der Frage nach der medizinischen Notwendigkeit berücksichtigen

Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung

- Das führt allein zur Verwirrung von Begrifflichkeiten und unzutreffenden Ergebnissen: „die Mehrkosten sind nicht notwendig“
- Fallbeispiel: OLG Köln VersR 2011, 252 m. Anm. Hütt
 - Implantate (Interimsimplantate)
 - Edelmetall bei Provisorien
 - Stationäre Heilbehandlung

Grundlegende Strukturunterschiede in GKV und PKV

- BGH: derentwegen können Versicherte einer PKV nicht erwarten, in gleicher Weise versichert zu sein wie die Mitglieder der GKV
- BGH: Erwägungen und Begriffe aus der GKV dürfen nicht - zumindest nicht ohne weiteres, wie etwa bei einer ausdrücklichen Bezugnahme - auf die PKV übertragen werden

Was ist also üblich

- GKV Preise, da 90 % der Bevölkerung in der GKV?
- Aber: rund 8,86 Mio. Vollversicherte in PKV und rund 21,48 Mio. Zusatzversicherungen, davon 16,12 Mio. als Ergänzung zu Schutz in GKV
- Beihilfesätze?
- Aber: wer setzt diese fest und für wen gelten sie überhaupt?

Was ist üblich

- Zahntechnik: „Sätze des BEL“ ?
 - § 88 I SGB V : Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ein bundeseinheitliches Verzeichnis der (in der gesetzlichen Krankenversicherung) abrechnungsfähigen Leistungen (BEL). Erst im Nachgang hierzu vereinbaren die jeweiligen Landesverbände die Vergütungen für die nach diesem Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (§ 88 II SGB V).

Was ist üblich

- Es ist zu differenzieren zwischen den Leistungen, die überhaupt im BEL enthalten sind, und den (zahlreichen), die dort nicht aufgeführt sind, sowie den Personen bzw. Institutionen, die vereinbaren, welche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, und denen, die in einem privatrechtlichen (Behandlungs-) Vertrag eingebunden sind.

Was ist üblich

- Im BEL sind nicht sämtliche zahntechnischen Laborleistungen erfasst sind, sondern nur die, die zu Lasten der GKV abgerechnet werden können => es werden sicher nicht mindestens 90 % der in Deutschland erbrachten zahntechnischen Leistungen zu den Preisen des BEL abgerechnet werden. Selbst wenn dies jedoch der Fall wäre, würde das BEL immer noch nicht die angemessenen und üblichen Preise wiedergeben.

Was ist üblich

- Beteiligte Kreise sind maßgeblich
 - Bei der Bestimmung des Maßstabs des „Üblichen“ oder Angemessenen ist auf die „beteiligten Kreise“ am Ort der Werkleistung abzustellen und auf die Preise, die zur Zeit des Vertragsabschlusses unter diesen Kreisen für die Leistung gewährt zu werden pflegen, §§ 612, 632 BGB (BGH, NJW 2001, 151; NJW 2006, 2472; NJW-RR 2007, 123).

Was ist üblich

- Beteiligte Kreise sind maßgeblich
 - Es handelt sich jedoch um unterschiedliche Vereinbarungen und Kreise von Beteiligten bei einem eingeschränkten Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung.
 - Einerseits: Verbände ohne Bezug zum einzelnen Behandlungsvertrag und Versicherungsverhältnis
 - Andererseits: individueller Behandlungs- und VersVertrag mit privaten Einzelpersonen, die nicht einmal einen Bezug zur GKV oder den Verbänden haben müssen

Was ist üblich

- Genauso verhält es sich mit den entsprechenden Regelungen in § 125 SGB V, wo die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Leistungserbringern von Heilmitteln entsprechende Vereinbarungen treffen
- Bundesprothesenliste stellt eine Vereinbarung der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen mit den Leistungserbringern bzw. den Verbänden der Leistungserbringer im Rahmen der GKV dar (vgl. § 127 SGB V).

Was ist üblich

- Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Leistungserbringern und deren Verbänden spätestens seit dem 01.01.2000 öffentlich-rechtlicher Natur. Es sind deshalb alle Leistungsbeschaffungsverträge der Krankenkassen mit ihren Leistungserbringern, mithin auch des BEL und die im Nachgang hierzu vereinbarten Preise, als öffentlich-rechtliche Verträge zu qualifizieren.

Was ist üblich

- Anordnung der ausschließlichen Geltung öffentlichen Rechts im Bereich der Leistungsbeschaffung: mittelbare Staatsverwaltung, die einem ausschließlich öffentlich-rechtlichen Regime unterstehen soll; spätestens seit dem 01.01.2000 alle Handlungen der Krankenkassen und ihrer Verbände, die ihre Beziehungen zu den Leistungserbringungen sowie die hiervon berührten Dritten betreffen, ausschließlich nach öffentlichem Recht beurteilt werden (BSG, NJW-RR 2002, 1691 (1694)).

Was ist üblich

- Auch der EuGH hat deshalb klar gestellt, dass es sich bei den Krankenkassen und ihren Zusammenschlüssen nicht um Unternehmen des privaten Wettbewerbsrechts handelt (EuGH, NJW 2004, 2723), sondern um öffentliche Auftraggeber i. S. d. Vergaberechts (EuGH NJW 2009, 2427).

Was ist üblich

- private Verträge, sei es über private Behandlung, sei es über private Versicherungen, sind nach ihren eigenen privatrechtlichen Regelungen und ihrem eigenen Vertragszweck zu beurteilen. Die Gesetze zur Sozialversicherung geben wegen ihrer Andersartigkeit und ihrer anderen Leistungsvoraussetzungen insoweit keinen tauglichen Maßstab ab (BGH vom 18.01.2006, IV ZR 244/04, VersR 2006, 497) – auch nicht, wenn das für den Versicherten im Einzelfall günstiger wäre.

Was ist üblich

- Üblich ist also, was an Ort und Stelle der (Werk-) Leistungen im gewöhnlichen Fall an Vergütung für die entsprechende Leistung zwischen privaten Beteiligten gewährt zu werden pflegt da, soweit auf das Maß des Üblichen abzustellen ist, die für Privatversicherten üblichen Preise maßgebend sind

Was ist üblich

- BGH: LG Berlin hatte letztmals in seinem Urteil vom 07.12.2004 – 7 S 52/04 (r+s 2005, 295) Klage auf restliche Material- und Laborkosten abgewiesen, weil die PKV unter Berücksichtigung der BEL-Sätze vollständig erstattet habe. Im Revisionsverfahren vor dem BGH haben jedoch dann die Parteien den Rechtsstreit nach Zahlung durch die PKV in der Hauptsache übereinstimmend für erledigt erklärt und hat die PKV ihre Pflicht zur Tragung der Kosten insoweit anerkannt (BGH vom 16.03.2005 – IV ZR 2/05 – insoweit veröffentlicht auch in r+s 2005, 295).

Was ist üblich

- BGH: Es sollte also eine das Urteil des LG Berlin aufhebende Entscheidung des BGH verhindert werden und auch im Rahmen der Kostenentscheidung eine Stellungnahme des BGH zu dieser Frage vermieden werden.

Hilfsmittel in der privaten Krankheitskostenversicherung

- Meist tariflich versprochen, dass Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel erstattet werden (§§ 1 Abs. 2, 4 Abs. 3, 2 MB/KK)
- Definition des Hilfsmittels regelmäßig: technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen
- Kosten werden für Hilfsmittel in einfacher Ausführung übernommen

Hilfsmittel in der privaten Krankheitskostenversicherung

- Was ist die einfache Ausführung?

Hilfsmittel in der privaten Krankheitskostenversicherung

- Versicherungsfall und sonstige Voraussetzungen der Eintrittspflicht
 - § 1 Nr. 2 MBKK beschreibt mit dem Erfordernis der medizinisch notwendigen Heilbehandlung den Versicherungsfall und definiert die erstattungsfähigen Behandlungsmaßnahmen
 - § 4 MBKK trifft Bestimmungen zum Umfang der Leistungspflicht bei eingetretenem Versicherungsfall

Hilfsmittel in der privaten Krankheitskostenversicherung

- Versicherungsfall und sonstige Voraussetzungen der Eintrittspflicht
 - Methodische Trennung zwischen Versicherungsfall und Umfang der Leistungspflicht („Ob“ und „Wie“)
 - VVG verweist zum „Wie“ auf Vertrag

Einfache Ausführung

- Wortlaut:
 - nicht schwierig sondern leicht
 - nicht aufwändig oder luxuriös
 - nicht wiederholt, sondern nur einmal/einfach

Einfache Ausführung

- Verständnis des VN:
 - nicht beliebig viele (zwei oder mehr) Ausführungen des medizinisch notwendigen Hilfsmittels
 - nur eine Ausführung, nicht mehrfache Ausführungen des Hilfsmittels (z.B. zum Wechseln zwischen den Ausführungen bei verschiedenen)
 - Kostengesichtspunkte auch hier nicht angesprochen
 - medizinische Aspekte auch hier angesprochen

Einfache Ausführung

- gelegentliche Auslegung VR:
 - Tarifbestimmung „*einfache Ausführung*“ sei dahingehend zu verstehen, dass hier eine Abgrenzung zwischen „*technisch einfachen*“ und „*technisch komplexen*“ Ausführungen bzw. „*kostenmäßig einfachen*“ und „*kostenmäßig aufwendigen*“ Ausführungen vorgenommen werde

Einfache Ausführung

- Konsequenz: als einfache Versorgung zum Ausgleich eines fehlenden Unterschenkels bei Kniegelenksartikulation käme wohl nur ein starres Holzbein in Betracht, da dies die technisch einfachste und wohl auch kostengünstigste Variante einer Prothesenversorgung darstellen würde.

Einfache Ausführung

- Eine solche Deutung erschließt sich jedoch dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer anhand der hier besprochenen Klauseln nicht. Kostengesichtspunkte oder Technik werden in diesen nämlich nicht, insbesondere nicht ausdrücklich angesprochen.

Einfache Ausführung

- Mit solcher Deutung wäre die Klausel insoweit unklar, zumal dem VN die Auslegung im Rahmen „einfacher“ zu „mehrfacher“ Ausfertigung mindestens ebenso eingängig ist, insbesondere im Hinblick auf das ihm gewährte umfassende Leistungsversprechen in § 1 Abs. 2 MB/KK 94, nach dem er zu Recht vollständigen Ausgleich seiner krankheitsbedingten Behinderung erwarten kann.

Einfache Ausführung

- Für VN auch nicht zu erkennen, wie bei Vorhandensein lediglich mehrerer technisch komplexer/aufwändiger Ausführungen sich sein Anspruch darstellen würde. Mehrdeutige Formulierung begründet Zweifel, die sich aus Sicht des VN nicht überwinden lassen. Diese Auslegungszweifel gehen gem. §§ 5 AGBG, 305 c Abs. 2 BGB zu Lasten des VR. Es ist deshalb von der für den VN günstigeren Auslegung auszugehen

Einfache Ausführung

- VN versteht die Regelung („*erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung*“) durchaus einschränkend
- nicht eine Prothese oder ein Hörgerät für den Hausgebrauch, ein(e) weitere(s) für den Spaziergang in Wald und Flur, ein(e) dritte(s) für das Bergwandern und ein(e) vierte(s) zum Sport und/oder Schwimmen etc. erhält. Dies allein entspricht Sinn und Zweck des Vertrages.

Einfache Ausführung

- Der VN erkennt auch, dass es nicht darum geht, dass während der gesamten Vertragsdauer lediglich eine Ausfertigung eines Hilfsmittels zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen würde, sondern es wird erkennbar – auch nach den Tarifbedingungen – auf den die Leistungspflicht dem Grunde nach auslösenden Versicherungsfall abgestellt.

Einfache Ausführung

- VN erwartet Ersatz der Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit und Unfallfolgen, zumal er aus den MB/KK sieht, dass der Versicherungsfall mit der Heilbehandlung beginnt und erst endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht, also primär dann, wenn eine vollständige Heilung bzw. ein vollständiger Ausgleich der Krankheit oder Unfallfolgen eingetreten ist.

Einfache Ausführung

- VN erwartet – ohne ausdrückliche und unmissverständliche Einschränkung im Versicherungsvertrag -, dass der Kostenersatz nicht schon bei bloßer Linderung oder Milderung „stehen“ bleibt, wenn ein vollständiger Ausgleich medizinisch möglich ist.

Einfache Ausführung

- Bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit z.B. bei Körperersatzstücken wie Beinprothesen kommt es darauf an, welchen Mobilitätsgrad der Patient voraussichtlich erreichen wird, oder bei Hörgeräten, inwieweit das Hörvermögen wiederhergestellt bzw. verbessert werden kann, so dass entscheidend auf die technisch zum Defizit ausgleich zur Verfügung stehenden Versorgungsformen abzustellen ist.

Einfache Ausführung

- VN erwartet also, dass er Kosten ersetzt erhält, wenn die von ihm gewählte Versorgungsform mit dem Hilfsmittel – bildlich gesprochen – auf dem Weg zum vollständigen Ausgleich der krankheitsbedingten Behinderung näher an das im Rahmen medizinisch notwendiger Heilbehandlung anzustrebende Ziel vollständiger Rehabilitation heranführt, als andere Versorgungsformen.

Einfache Ausführung

- Solange Ausgleich der krankheitsbedingten Beeinträchtigung nicht vollständig erreicht ist, im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, kann die Versorgung mit einem fortschrittlicheren Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend. Dies widerspräche dem Sinn und Zweck einer PKV und ist zudem vom Wortlaut der hier behandelten Versicherungsbedingungen nicht gedeckt.

Einfache Ausführung

- Das entspricht der Rechtsprechung des BSG für den Bereich der GKV– trotz Berücksichtigung von dort ausdrücklich formulierten Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – (BSG Urteil vom 16.09.2004, B 3 KR 20/04 R; BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr 8, jeweils RdNr 4 - C-Leg II; BSG Urteil vom 17.12.2009 , B 3 KR 20/08 R)

Einfache Ausführung

- Ergebnis
 - Versicherungsnehmer erwartet bei der Kostenerstattung betreffend Hilfsmittel aus den besprochenen Versicherungs- und Tarifbestimmungen zu Recht einen möglichst weitgehenden Defizitausgleich und Versicherungsschutz durch seine Krankheitskostenversicherung.

Einfache Ausführung

- Ergebnis
 - Eine Begrenzung der Leistungen kann gleichwohl gewünscht sein. Hierfür ist jedoch eine ausdrückliche tarifliche Begrenzung, beispielsweise durch Auflistung der allein für eine Kostenerstattung in Betracht kommenden Hilfsmittel in einer „Hilfsmittelliste“ notwendig. BGH vom 19.05.2004 – IV ZR 29/03 – r+s 2004, 423 = VersR 2004, 1035 = NJW-RR 2004, 1397 (Schlafapnoegerät)

Einfache Ausführung

- Ergebnis
 - technischer Fortschritt: starre Begrenzung bei auf unbegrenzte Dauer angelegten Versicherungsverträgen nicht ohne weiteres attraktiv
 - evtl. Verzeichnis mit laufend aktualisierter Bezugnahme auf Preise exakt benannter Hilfsmittel
 - teilweise bei der Erstattung von Kosten für zahntechnische Material- und Laborkosten („Sachkostenliste“) praktiziert

Weiterführende Literatur

- Was ist üblich oder sonst vereinbart: Erstattungsprobleme in der privaten Krankenversicherung
VersR 2005, 1047
- Medizinische Notwendigkeit und Kostengesichtspunkte in der privaten Krankenversicherung – Bedingungsänderung und Reform des VVG
r+s 2006, 309, 353
- Medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung - Erstattungsprobleme in der privaten Krankheitskostenversicherung
VersR 2009, 1320
- Hilfsmittel - Erstattungsprobleme in der privaten Krankheitskostenversicherung
r+s 2011, 104

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Viel Freude und Erfolg wünschen Ihnen

Dr. Beckstein und Kollegen
Rechtsanwälte – Steuerberater

Thumenberger Weg 12

90491 Nürnberg

0911-919850

www.dr-beckstein.de

Rechtsanwälte | Steuerberater

DR. BECKSTEIN UND KOLLEGEN