Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 85 (Gen3)

Ausgabe 11/2023

on-zsz85_tb-0004

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostraße 4
80333 München

Servicetelefon: +49 89 12 1407 12
ottonova.de

Inhaltsübersicht

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit ... 1
2 Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit ... 1
3 Leistungen ... 2
4 Leistungsausschlüsse ... 6
5 Anerkannte Behandelnde und Behandlungen ... 7
6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes ... 8
7 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland ... 9
8 Auszahlung der Versicherungsleistung ... 9
9 Beitrag ... 10
10 Beitragsanpassung ... 11
11 Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen ... 12
12 Tarifwechsel ... 13
13 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer ... 13
14 Ende des Versicherungsverhältnisses ... 13
15 Kündigung des Versicherungsverhältnisses ... 14
16 Auskunftspflichten von ottonova ... 14
17 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen ... 15
18 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte ... 16
19 Sonstige Bestimmungen ... 16
20 Anwendbares Recht und Gerichtsstand ... 16
21 Verjährung ... 17

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ... 19
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ... 20

on-zsz85_tb-0004

Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 85 (Gen3)

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung versichert sind.

1.2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Wenn die Versicherungsfähigkeit wegfällt, endet die Versicherung nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen. Siehe hierzu auch Abschnitt 14.1.

2 Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit

2.1 Versicherungsfall

Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer (die ottonova Krankenversicherung AG, im Folgenden: ottonova) Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlungen und für weitere nachstehend unter Abschnitt 3 aufgeführte Leistungen, die vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise umfasst sind.

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2.2 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes gemäß diesem Tarif ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
- diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

2.3 Rahmen und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(2.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt 3. Diese Behandlungen sind nur von einem nach Abschnitt 5.1 anerkannten Behandelnden erstattungsfähig.

(2.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die gesetzliche Krankenversicherung die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt. Bei stationärer Behandlung sind wahlärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen nach den in Abschnitt 3 genannten Regelungen erstattungsfähig. Ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen werden bei Anwendung der Leistungsstaffel (siehe Abschnitt 3.2) zusammengerechnet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

(2.3.3) Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind in einem angemessenen preislichen Rahmen erstattungsfähig.

(2.3.4) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Allerdings bleibt ottonova bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einer zahnärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

3 Leistungen

Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich (siehe Abschnitt 13.1).

3.1 Prophylaktische Leistungen, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung

Erstattungsfähig sind prophylaktische Leistungen gemäß den Bestimmungen von Buchstabe B der GOZ (z.B. professionelle Zahnreinigung), Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Die Leistung für eine professionelle Zahnreinigung ist auf 70 Euro je Behandlung begrenzt

Begrenzung:

Für eine versicherte Person sind Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 auf 140 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

3.2 Zahnstaffel

Die Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß den folgenden Abschnitten 3.3 bis 3.7 sind in den ersten 4 Versicherungsjahren nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Leistungsstaffel:

Die Leistung von ottonova beträgt

- im ersten Versicherungsjahr maximal 1.000 Euro,
- in den ersten beiden Versicherungsjahren insgesamt maximal 2.000 Euro,
- in den ersten 3 Versicherungsjahren insgesamt maximal 3.000 Euro,
- in den ersten 4 Versicherungsjahren insgesamt maximal 4.000 Euro.

Erfolgt die zahnärztliche Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt diese Begrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren, unfallunabhängigen Behandlung nicht auf die vorstehende Leistungsstaffel angerechnet.

Nach Ablauf des vierten Versicherungsjahres gibt es keine Begrenzungen gemäß der vorherstehenden Leistungsstaffel mehr.

Wenn in den letzten 6 Monaten vor Abschluss dieses Vertrages eine Zahnzusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung mit Zahnersatzleistungen bei einem anderen Versicherer bestand, entfallen die Begrenzungen gemäß der vorherstehenden Leistungsstaffel bereits nach Ablauf des zweiten Versicherungsjahrs.

3.3 Zahnbehandlung

(3.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für plastische Füllungen (insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen).

(3.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Parodontal- und Wurzelbehandlungen, Wurzelkanal-Behandlungen und Wurzelspitzen-Resektionen.

Zur Parodontalbehandlung zählt auch der Einsatz von VECTOR-Technologie, die Schleimhauttransplantation sowie Bakterienanalysen und DNA-Tests.

Zur Wurzelkanalbehandlung zählt auch die elektrometrische Wurzellängenmessung sowie die Behandlung mit dem OP-Mikroskop.

(3.3.3) Erstattungsfähig sind auch die für Leistungen nach 3.3.1 und 3.3.2 notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70 % der Aufwendungen erstattungsfähig.

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.4 Zahnersatz

Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

- prothetische Leistungen (z.B. Teilprothesen, Vollprothesen),
- implantologische Leistungen (z.B. Knochenaufbau, Implantate),
- die Versorgung mit Zahnkronen (z.B. Vollkronen, Teilkronen, Veneers) und
- Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays).

Sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen (z.B. CEREC) sind erstattungsfähig. Wenn für einen Zahn eine metallische Versorgung gewählt wird, sind auch Keramikverblendungen erstattungsfähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz zählen auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

a) Die Leistungen sind zu 85 % erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 55 % der Aufwendungen erstattungsfähig.

b) Sofern bei einer Zahnersatzmaßnahme ausschließlich die GKV-Regelversorgung von einem Zahnarzt mit GKV-Zulassung durchgeführt wurde, werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen zu 100 % erstattet.

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.5 Kieferorthopädische Leistungen (KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern die versicherte Person zu Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Maßnahme den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 zuzuordnen ist. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören insbesondere Invisalign-Behandlungen, sowie Behandlungen mit inliegenden Zahnspangen, Mini- und Kunststoffbrackets, farblosen Bögen sowie Retainern. Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die für die kieferorthopädische Maßnahme notwendigen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen, zahntechnischen und chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

a) Die Leistungen sind zu 85 % erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 55 % der Aufwendungen erstattungsfähig.

b) Sofern bei einer kieferorthopädischen Maßnahme ausschließlich die GKV-Regelversorgung von einem Zahnarzt mit GKV-Zulassung durchgeführt wurde, werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen zu 100 % erstattet.

Begrenzung:

Die Leistungen gemäß Abschnitt 3.5 sind für eine versicherte Person innerhalb von 10 Versicherungsjahren auf 1.500 Euro begrenzt.

⚠ Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.6 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (nicht KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführt werden. Als funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gelten auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Bildaufnahmen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 85 % erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird.

⚠ Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.7 Heil- und Kostenplan

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

Trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans nicht oder nur teilweise, werden die verbleibenden Kosten zu 100 % erstattet. Voraussetzung ist, dass der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn bei ottonova eingereicht wird.

Nach Erhalt des Heil- und Kostenplanes wird dieser unverzüglich von ottonova geprüft und dem Versicherungsnehmer Auskunft darüber erteilt, welche Erstattung und Selbstbeteiligung zu erwarten sind.

3.8 Gewählter Selbstbehalt und Vorleistung der GKV

Als Erstattungsvoraussetzung für Leistungen gemäß den Abschnitten 3.3 bis 3.5 und 3.7 ist stets der Nachweis über die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Ein nach § 53 SGB V (siehe Anhang) von der gesetzlichen Krankenversicherung abgezogener Selbstbehalt gilt als Vorleistung der GKV.

4 Leistungsausschlüsse

4.1 Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, die vor dem Versicherungsbeginn angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung eines Kampfsportes zugezogen hat.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung einer Sportart zugezogen hat, die sie berufsmäßig ausübt (Profisport). Eine Sportart gilt im Sinne dieser Bedingungen als berufsmäßig ausgeübt, sofern mindestens 50 % des beruflichen Einkommens direkt oder indirekt aus ihrer Ausübung erzielt werden.
- bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. (Nachgewiesene Sachkosten werden gemäß diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen erstattet.)
- bei von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfällen einschließlich deren Folgen.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, wenn:

  a) das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder

b) das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person, ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein, von der Möglichkeit, das Krisengebiet zu verlassen, keinen Gebrauch macht.

- bei Krankheiten und Unfällen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

4.2 Subsidiaritätsklausel

Hat die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungsverpflichteten, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

4.3 Übermaßbehandlung

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann ottonova ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4.4 Missverhältnis

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist ottonova insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

4.5 Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

5 Anerkannte Behandelnde und Behandlungen

5.1 Anerkannte Behandelnde

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch approbierte Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Behandelnde, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, werden Aufwendungen, die später als 3 Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.2 Anerkannte Krankenhäuser

Bei einer stationär notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über

den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, werden Aufwendungen, die später als 3 Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.3 Anerkannte Behandlungen und Therapien

(5.3.1) ottonova leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Es wird darüber hinaus für Methoden geleistet, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. In diesem Fall kann ottonova jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

(5.3.2) Sofern schulmedizinische Methoden nicht zur Verfügung stehen, leistet ottonova auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind.

6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

6.1 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

6.2 Beginn des Versicherungsschutzes

(6.2.1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform).

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(6.2.2) Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen aus Abschnitt 6.2.1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

6.4 Kindernachversicherung

(6.4.1) Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate bei ottonova versichert ist oder der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche erfolgt. Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(6.4.2) Bei einer fristgerechten Anmeldung nach Abschnitt 6.4.1 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung und ohne Zahnstaffel ab dem Tage der Geburt. Der Versicherungsschutz darf allerdings nicht höher oder umfassender als der des für die Kindernachversicherung maßgeblichen Elternteils sein.

(6.4.3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig. Die Regelungen aus den Abschnitten 6.4.1 und 6.4.2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend, Leistungseinschränkungen sind in diesen Fällen ebenfalls ausgeschlossen.

6.5 Kindermitversicherung

Kinder können bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ohne Risikoprüfung in diesem Tarif mitversichert werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil bei ottonova mindestens 12 Monate in diesem Tarif oder in der Krankheitskostenvollversicherung versichert ist.

7 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, wird die Versicherung unter Berücksichtigung der Begrenzung aus Abschnitt 2.3.4 ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Abschnitt 14.1.

8 Auszahlung der Versicherungsleistung

8.1 Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen

Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und Rechnungseinreichung bei ottonova sind für die zeitliche Zurechnung nicht maßgebend.

8.2 Fälligkeit der Versicherungsleistung

Geldleistungen werden fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Leistungen durch ottonova festgestellt wurde.

ottonova ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können ottonova sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum von ottonova.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen von ottonova aus § 14 VVG (siehe Anhang).

8.3 Auszahlung der Versicherungsleistung

(8.3.1) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. ottonova ist dann verpflichtet, entsprechend dieser Empfangsberechtigung ausschließlich an diese zu leisten.

(8.3.2) Sind erstattungsfähige Behandlungskosten im Ausland in einer anderen Währung als Euro entstanden, so werden die jeweiligen Beträge zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege bei ottonova eingehen, in Euro umgerechnet.

(8.3.3) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. ottonova ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen.

8.4 Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

9 Beitrag

9.1 Berechnung der Beiträge

(9.1.1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen von ottonova festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und dem erreichten Lebensjahr der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(9.1.2) Besteht ein Versicherungsverhältnis in bestimmten weiteren Tarifen, so kann ottonova einen Bündelrabatt gewähren. Dieser entfällt jedoch wieder, wenn ein Tarif gekündigt wird, der Voraussetzung für den Bündelrabatt ist.

(9.1.3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigt ottonova das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.

9.2 Fälligkeit und Zahlungsweise

(9.2.1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Versicherungsbeginn zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von ottonova von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das von ottonova angegebene deutsche Konto zu zahlen.

(9.2.2) Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu 2 oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, kann ottonova die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen ist ottonova bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(9.2.3) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

9.3 Folgen eines Beitragsrückstandes

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Wird ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

10 Beitragsanpassung

10.1 Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

(10.1.1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen von ottonova z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht ottonova zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

(10.1.2) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von ottonova überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch ottonova und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(10.1.3) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen gemäß Abschnitt 10.1.2 erforderlich, sind vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen.

10.2 Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird ottonova jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeführten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

10.3 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht ottonova die Beiträge nach Abschnitt 10.1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Falls der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Beiträge länger als 2 Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

11 Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

11.1 Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können diese Bedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

11.2 Ersetzung einer unwirksamen Klausel

Ist eine Bestimmung dieser Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie ottonova durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird 2 Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

11.3 Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen

ottonova prüft in regelmäßigen Abständen, ob im Tarif genannte betragsmäßige Begrenzungen einzelner Leistungen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Versicherungsleistung kann zu Gunsten der Versicherten erhöht werden, wenn es zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

11.4 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung dieser Tarif- und Versicherungsbedingungen nach Abschnitt 11.1 dazu, dass die Leistungen von ottonova vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person kündigen. Die Kündigung muss spätestens 2 Monate nachdem die Änderungsmitteilung zugegangen ist bei ottonova eingehen und ist wirksam, sobald die Leistungsminderung einsetzt.

12 Tarifwechsel

(12.1) Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Zahnzusatztarife von ottonova verlangen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. ottonova ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, wenn das bestehende Versicherungsverhältnis nicht befristet ist.

(12.2) Bei einem Wechsel nach Abschnitt 12.1 bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst.

(12.3) Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann ottonova bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses wählt.

13 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

13.1 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich.

13.2 Mindestvertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre.

14 Ende des Versicherungsverhältnisses

14.1 Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet, endet auch die Versicherung nach diesem Tarif für diese Person. Das Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist ottonova unverzüglich anzuzeigen.

14.2 Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

14.3 Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

15 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

15.1 Verzicht auf ordentliche Kündigung durch ottonova

ottonova verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht von ottonova bleiben dabei unberührt.

15.2 Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

15.3 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen

Siehe hierzu die Regelungen zum außerordentlichen Kündigungsrecht bei Beitragsanpassung in Abschnitt 10.3 bzw. bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen in Abschnitt 11.4.

15.4 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

Erhöht sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens erfolgen.

15.5 Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von 2 Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

16 Auskunftspflichten von ottonova

16.1 Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen

ottonova gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die ottonova bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn dieser Auskunft an oder dieser Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung von ottonova eingeholt, erstattet ottonova die entstandenen Kosten.

16.2 Leistungszusage

Vor Beginn einer Behandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. ottonova wird die Auskunft innerhalb von 2 Wochen erteilen. ottonova geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei ottonova. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch ottonova vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

17 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen

17.1 Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen von ottonova jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht von ottonova erforderlich ist. Insbesondere ist auf Verlangen nachzuweisen, ob und in welchem Umfang eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

17.2 Zahnärztliche oder ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen von ottonova ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ottonova beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen zu lassen, wenn ottonova dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die Untersuchung trägt ottonova.

17.3 Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

17.4 Zustimmung zu anderweitigem Versicherungsschutz

Eine weitere Krankheitskostenversicherung, die auch Leistungen für zahnärztliche Behandlung in Deutschland enthält, darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung von ottonova abgeschlossen werden.

17.5 Folge von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 17.1 bis 17.4 wird ottonova mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Abschnitt 17.4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann ottonova das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang), innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

17.6 Änderung von Anschrift oder Namen

Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die ottonova mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihr bekannte Anschrift sendet, 3 Tage nach Absendung als zugegangen.

18 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

18.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an ottonova schriftlich abzutreten.

18.2 Pflicht zur Mitwirkung

Versicherungsnehmer und versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und ottonova bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.

18.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 18.1 bzw. 18.2 wird ottonova mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

18.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer

Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die ottonova aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gelten die Abschnitte 18.1 bis 18.3 entsprechend.

19 Sonstige Bestimmungen

19.1 Erklärungen des Versicherungsnehmers

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber ottonova bedürfen der Textform.

19.2 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer

Gegen Forderungen von ottonova ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

20 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

20.1 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

20.2 Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ottonova können bei dem Gericht am Sitz von ottonova oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.

20.3 Klagen von ottonova

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer

seinen bzw. die versicherte Person ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

20.4 Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes von ottonova erhoben werden.

21 Verjährung

21.1 Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach 3 Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt – ungeachtet der Fälligkeit der Versicherungsleistung nach § 14 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) – mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Versicherungsnehmer von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit Kenntnis erlangt haben müsste.

21.2 Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei ottonova angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung von ottonova dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Hinweise

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 6 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahltarifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.

(2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizini-

schen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(2a) (weggefallen)

(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, daß der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.

(6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind. Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich. Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.

(7) Die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

(8) (weggefallen)

(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 5 gilt entsprechend.

(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen, einem halben

on-zsz85_tb-0004

oder einem drei Viertel Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

(10) (weggefallen)

(11) (weggefallen)

(11a) (weggefallen)

(11b) (weggefallen)

(12) (weggefallen)

(13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muß mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder ein Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.