



Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Klinik Zweibett Flex

Ausgabe 03/2019

Inhaltsübersicht

1	Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit	1
2	Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit.....	2
3	Umfang der Leistungspflicht von ottonova.....	3
4	Leistungsausschlüsse	7
5	Anerkannte Behandelnde und Behandlungen	8
6	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes.....	9
7	Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland.....	10
8	Auszahlung der Versicherungsleistung	10
9	Beitrag.....	11
10	Beitragsanpassung	12
11	Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen.....	13
12	Tarifwechsel.....	14
13	Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer	14
14	Ende des Versicherungsverhältnisses.....	14
15	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	15
16	Auskunftspflichten von ottonova.....	15
17	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen	16
18	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	17
19	Sonstige Bestimmungen	17
20	Anwendbares Recht und Gerichtsstand	17
21	Verjährung	18
Anhang		
	Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	19
	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)	20
	Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG).....	23

Tarif- und Versicherungsbedingungen

ottonova Klinik Zweibett Flex

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 stationäre Behandlung versichert sind.

1.2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex sind Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab Vollendung des 21. Lebensjahres bis maximal zur Vollendung des 40. Lebensjahres.

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

Mitversicherbar sind darüber hinaus in der GKV versicherte Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres einer nach Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex versicherten Person.

Endet die Versicherung nach Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex für das Elternteil, endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex für das mitversicherte Kind.

1.3 Wechseloptionen

(1.3.1) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, jederzeit für alle im Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex versicherten Personen einen Tarifwechsel in den Tarif ottonova Klinik Zweibett oder ottonova Klinik Einbett (Zieltarife) zu beantragen. Der Wechsel erfolgt mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsersten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Voraussetzung hierfür ist, dass alle versicherten Personen zum Zeitpunkt der Beantragung erstmalig nach Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex versichert sind und der Tarifwechsel für alle Personen in denselben Zieltarif beantragt wird.

(1.3.2) Ab dem Zeitpunkt des Tarifwechsels ist der für den Tarif ottonova Klinik Zweibett bzw. ottonova Klinik Einbett gültige Beitrag zum erreichten Lebensalter zu bezahlen. Bestehende Leistungseinschränkungen werden bei dem Wechsel übernommen, Risikozuschläge entsprechend dem neuen Beitrag angepasst.

(1.3.3) Ein Tarifwechsel nach Abschnitt 1.3.1 ist ausgeschlossen, wenn im bestehenden Vertrag zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ein Beitragsrückstand besteht.

1.4 Ende und Fortführung der Versicherung

Wurde bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres einer versicherten Person der Tarifwechsel nicht beantragt, endet die Versicherung nach Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex für die versicherte Person und ihre im Tarif ottonova Klinik Zweibett Flex mitversicherten Kinder und die Versicherung wird im Tarif ottonova Klinik Zweibett fortgeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der für den Tarif ottonova Klinik Zweibett gültige Beitrag zum erreichten Lebensalter zu bezahlen. Bestehende Leistungseinschränkungen werden bei dem Wechsel übernommen, Risikozuschläge entsprechend des neuen Beitrags angepasst.

Aufgrund der Beitragsänderung besteht ein Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers nach Abschnitt 15.4.

2 Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit

2.1 Versicherungsfall

Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer (die ottonova Krankenversicherung AG, im Folgenden: ottonova) Aufwendungen für stationäre und ambulante Heilbehandlung 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.

Als Versicherungsfall gelten auch

- die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung,
- die Fehlgeburt und
- der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch.

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 **stationären** Behandlung nach Abschnitt 3.1 und 3.2. Diese Behandlungen sind nur in den nach Abschnitt 5.2 anerkannten Krankenhäusern erstattungsfähig. Soweit die gesetzliche Krankenversicherung

die allgemeinen Krankenhausleistungen der Behandlung trägt, erkennt ottonova die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung an.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus die Aufwendungen der unter Abschnitt 3.3 bis 3.5 aufgeführten **ambulanten** ärztlichen Behandlungen. Diese Behandlungen sind nur bei den nach Abschnitt 5.1 anerkannten Behandelnden erstattungsfähig.

(2.3.2) Ärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei Abschluss einer rechtsgültigen Honorarvereinbarung sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ hinaus erstattungsfähig, maximal jedoch bis zum 5,0-fachen Satz.

Für Aufwendungen durch Hebammen und Entbindungspfleger sind die Bestimmungen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen maßgebend.

(2.3.3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Deutschland. Führt eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland nicht zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit (vgl. Abschnitt 7), setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass ottonova bei einer Behandlung im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die ottonova in Deutschland zu erbringen hätte.

3 Umfang der Leistungspflicht von ottonova

3.1 Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung

(3.1.1) Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen trägt, sind bei akutstationärer Behandlung erstattungsfähig:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers,
- gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns des stationären Aufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- Mehrkosten der allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß § 39 (2) SGB V (siehe Anhang), die deshalb entstehen, weil der Versicherte ein anderes als in der Einweisung des Arztes genanntes Versorgungskrankenhaus wählt.



Eine akutstationäre Behandlung liegt – unabhängig davon, ob es sich um einen Notfall oder eine geplante Behandlung handelt – dann vor, wenn eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung in einem Krankenhaus durchgeführt wird und diese keine Rehabilitationsmaßnahme gemäß Abschnitt 3.2 darstellt.



Die gesetzliche Eigenbeteiligung (Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V, siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.

(3.1.2) Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht trägt, weil z.B. ein von der GKV nicht zugelassenes Krankenhaus gewählt wird (vgl. § 108 SGB V, siehe Anhang), wird bei akutstationärer Behandlung nur nach vorheriger Zusage geleistet. ottonova wird die Zusage erteilen, wenn der stationäre Aufenthalt medizinisch notwendig ist und die Behandlung nicht ambulant durchgeführt werden kann. Nach Beginn der Behandlung kann diese Zusage nicht mehr beansprucht werden. Erstattungsfähig nach vorheriger Zusage sind:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer, (weist das Krankenhaus keine Zuschläge für die Unterbringung aus, wird stattdessen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 Euro gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden dabei als ein Tag zusammengerechnet. Die Leistung ist pro Versicherungsfall auf maximal 600 Euro begrenzt.)
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers und
- gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns des stationären Aufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.



Nicht erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären Behandlung. In einem Krankenhaus, das nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, gehören hierzu alle Leistungen, die in den Aufzählungspunkten von Abschnitt 3.1.2 nicht genannt sind.

3.2 Krankenhausaufenthalt wegen einer Rehabilitationsmaßnahme

(3.2.1) Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen trägt, sind bei stationärer Rehabilitation erstattungsfähig:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,

- gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns des stationären Aufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

 Nicht geleistet wird für stationäre Entwöhnungsbehandlungen (siehe auch Abschnitt 4.1).

 Die gesetzliche Eigenbeteiligung (Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V, siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.

(3.2.2) Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht trägt, z.B. weil ein von der GKV nicht zugelassenes Krankenhaus gewählt wird (vgl. § 111 SGB V, siehe Anhang), wird bei stationärer Rehabilitation nur nach vorheriger Zusage geleistet. ottonova wird die Zusage erteilen, wenn der stationäre Aufenthalt medizinisch notwendig ist und nicht ambulant durchgeführt werden kann. Nach Beginn der Behandlung kann diese Zusage nicht mehr beansprucht werden. Erstattungsfähig nach vorheriger Zusage sind:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns des stationären Aufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

 Nicht erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären Behandlung. In einem Krankenhaus, das nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, gehören hierzu alle Leistungen, die in den Aufzählungspunkten von Abschnitt 3.2.2 nicht genannt sind.

3.3 Ärztliche Leistungen bei stationersetzenden ambulanten Operationen

Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, wenn der Eingriff als eine stationersetzende Maßnahme anzusehen ist. Als stationersetzend gelten die in § 115b SGB V (siehe Anhang) geregelten ambulanten Operationen, durch die ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann.

Als nicht stationersetzend gelten grundsätzlich Operationen, die in der Regel ambulant, also ohne stationäre Aufnahme, durchgeführt werden können.

3.4 Ärztliche Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung

Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115 a SGB V (siehe Anhang).

3.5 Ärztliche Leistungen bei Vor- und Nachuntersuchungen

Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt nach Abschnitt 3.1 oder einer ambulant durchgeführten stationersetzenden Operation nach Abschnitt 3.3 stehen.

Voraussetzung ist, dass die Vor- bzw. Nachuntersuchung von einem Arzt oder dessen Vertreter durchgeführt wird, der entweder

- behandelnder Wahl- oder Belegarzt der versicherten Person während des Krankenhausaufenthaltes nach Abschnitt 3.1 oder
- behandelnder Arzt der versicherten Person bei der stationersetzenden Operation nach Abschnitt 3.3 ist.

3.6 Gewählter Selbstbehalt und Vorleistung der GKV

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

3.7 Schwere Erkrankungen bei Kindern

Bei Eintritt einer der nachstehend aufgeführten schweren Erkrankungen bei nach diesem Tarif versicherten Minderjährigen wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 Euro für maximal 50 Tage über die gesamte Vertragslaufzeit gezahlt.

Als schwere Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten ausschließlich

- akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen),
- bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks,
- chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,
- Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),
- Knochenmarksversagen,
- Multiple Sklerose,
- Operation am Gehirn bei Neubildungen,
- Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes),
- Organtransplantation, wenn das versicherte Kind Empfänger eines Herzens, Dünndarms, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmarks ist,

- Amputation oder unfallbedingter Verlust von Hand, Unterarm, Arm, Fuß, Unterschenkel oder Bein,
- offene Schädel-Hirn-Verletzung oder schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT III)
- schwere Entzündung des Gehirns und/oder der Hirnhaut (Enzephalitis bzw. Meningitis) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung,
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20% der Hautoberfläche oder
- Erkrankungen, deren Prognosen so kritisch sind, dass eine Heilung nicht möglich erscheint und deshalb mit dem Tode zu rechnen ist.

Nicht geleistet wird, sofern die schwere Erkrankung unfallbedingt eingetreten ist und der Unfall auf eine vorsätzlich vom Minderjährigen begangenen Straftat oder auf Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch des Minderjährigen zurückzuführen ist.

4 Leistungsausschlüsse

4.1 Keine Leistungspflicht besteht

- bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), 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 einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegereignisse 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.
- für Entwöhnungsbehandlungen.

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	(5.1.1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei. Dies bedeutet insbesondere, dass bei stationärer Behandlung Wahl- und Belegärzte in Anspruch genommen werden können.
	(5.1.2) Bei Schwangerschaft und Entbindung können Hebammen und Entbindungspfleger in Anspruch genommen werden.
	(5.1.3) 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 drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.
5.2 Anerkannte Krankenhäuser	Bei stationärer 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 drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.3 Anerkannte Behandlungen und Therapien

(5.3.1) ottonova leistet in tariflichem 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



Während der Wartezeit können nur unfallbedingte Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Wartezeiten gelten ab Beginn des Versicherungsschutzes.

6.1 Wartezeiten

(6.1.1) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Erfolgt die Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, gilt die allgemeine Wartezeit nicht.

(6.1.2) Für Entbindung und Psychotherapie gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten. Erfolgt die stationäre psychotherapeutische Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, gilt die besondere Wartezeit nicht.

(6.1.3) Bei einem Wechsel in einen stationären Zusatztarif mit höheren Leistungen gelten die Wartezeitregelungen gemäß 6.1.1 und 6.1.2 nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

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 drei Monate bei ottonova versichert ist oder der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche erfolgt. Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei 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 Wartezeit 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.

7 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, wird die Versicherung ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Abschnitt 14.1. Versicherungsnehmer und versicherte Person haben dann das Recht, den Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

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.

9 Beitrag

9.1 Berechnung der Beiträge

(9.1.1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften ohne Bildung von Alterungsrückstellungen 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 zu Beginn der Versicherung ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

(9.1.2) 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 zwei 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.

(9.2.4) Für Neugeborene beginnt die Pflicht zur Beitragszahlung erst mit Beginn des vierten Kalendermonats, der auf den Tag der Geburt folgt.

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, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht ottonova zumindest jährlich für jeden 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 des 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 nach 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 zwei 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 zwei 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 zwei 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 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 zwei 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 als die in Abschnitt 1.3 genannten stationären Zusatztarife von ottonova verlangen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. ottonova ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet.

(12.2) Bei einem Wechsel nach Abschnitt 12.1 wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten des aufnehmenden Tarifs angerechnet. 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 zwei 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. Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen beendeten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

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 zwei 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 Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. 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 oder weil der Beitrag erstmals mit Alterungsrückstellungen berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei 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 zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

15.6 Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

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 zwei 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 Ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen von ottonova ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ottonova beauftragten 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 stationäre Heilbehandlung in Deutschland enthält oder eine Krankenhaustagegeldversicherung, die nicht ausschließlich bei unfallbedingter Behandlung leistet, 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 auch 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, drei 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 drei 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.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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 Auskunft- oder Aufklärungsobligenheit 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)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 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.

(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) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(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 Wahlтарifen 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 Wahlтарifen nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife 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 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen 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.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrages anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.