Tarif:

Grundbaustein Ambulant & Zahn (B23AZW) für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

gültig in Verbindung mit den AVB/KKV und „Allgemeiner Teil für die Tarifbündel ExklusivGarant24 (Gen2) und ExklusivFlex24 (Gen2)“:

Ausgabe 07 / 2023

on-tbbab22azw-0001

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostraße 4
80333 München

Servicetelefon: +49 89 12 1407 12
ottonova.de

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines

(A) Versicherbare Tarifstufen des Grundbausteins und Bezeichnung der Tarifstufen 3

(B) Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Fortführung der Versicherung 3

(C) Änderung des Beihilfebemessungssatzes 3

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A1) Allgemeines 4

(A2) Primärarztprinzip 4

(B) Gebührenordnungen 5

(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen 5

(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel 6

(E) Nichtärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt 8

(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers 9

(G) Sonstige nichtärztliche Leistungen 9

(H) Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen 10

(I) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen 11

(J) Ambulante zahnärztliche Behandlung 12

(K) Digitale Gesundheitsanwendungen 14

(I) Allgemeines

(A) Versicherbare Tarifstufen des Grundbausteins und Bezeichnung der Tarifstufen

Der Grundbaustein B23AZW ergänzt die Leistungen der Beihilfe. Der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person für ambulante ärztliche und ambulante zahnärztliche Leistungen sowie die prozentuale Absicherung gemäß Grundbaustein B23AZW müssen zusammen 100 % ergeben. Hierzu sind folgende Tarifstufen versicherbar, wobei die Zahl am Ende der Tarifstufe den jeweiligen Erstattungsprozentsatz angibt:

B23AZW50, B23AZW45, B23AZW40, B23AZW35, B23AZW30, B23AZW25, B23AZW20 und B23AZW10.

(B) Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Fortführung der Versicherung

Sofern nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarifbündel ExklusivGarant24 (Gen 2) und ExklusivFlex24 (Gen 2) für eine versicherte Person weiterhin ein Anspruch auf Beihilfe besteht, wird der Grundbaustein B23AZW in der entsprechenden verkaufsoffenen Tarifstufe zur Ergänzung der Beihilfe im ambulanten und Zahnbereich fortgeführt.

Darüber hinaus gelten die Regelungen des Allgemeinen Teils für die Tarifbündel ExklusivGarant24 (Gen2) und ExklusivFlex24 (Gen2).

(C) Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich bei einer versicherten Person der Beihilfebemessungssatz für ambulante ärztliche und ambulante zahnärztliche Leistungen, hat der Versicherungsnehmer das Recht zu beantragen, dass ottonova den Versicherungsschutz im Rahmen der gemäß Grundbaustein B23AZW versicherbaren Tarifstufen so anpasst, dass die Summe aus dem neuen Beihilfebemessungssatz und prozentualer Absicherung 100 % ergibt. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, verpflichtet sich ottonova den Antrag ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten anzunehmen. Die Anpassung des Versicherungsschutzes erfolgt dann mit Wirkung zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A1) Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen in Zusammenhang mit einer ambulanten oder zahnärztlichen Behandlung. Überdies sind Aufwendungen für Transport- und Fahrtkosten sowie für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen erstattungsfähig.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der versicherten Tarifstufe erstattet.

(A2) Primärarztprinzip

(1) Primärärzte

Bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen sowie bei von Ärzten verordneten Arznei-, Verband- und Heilmitteln gilt das Primärarztprinzip. Das bedeutet, dass die ambulante Erstbehandlung - bis auf die im Weiteren genannten Ausnahmen - stets durch einen Primärarzt zu erfolgen hat.

Als Primärärzte gelten ausschließlich:

- Praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung,
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hausarzt,
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Ärzte, die über einen telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden, der von ottonova angeboten wird,
- Not- oder Bereitschaftsärzte. Dabei gilt im Ausland jeder Arzt, der wegen einer akut auftretenden Erkrankung während einer Auslandsreise aufgesucht wird, als Notarzt.

Nicht als Primärärzte gelten alle anderen Fachärzte, so zum Beispiel auch Fachärzte für Innere Medizin mit anderen Schwerpunkten als der Allgemeinmedizin oder dem Schwerpunkt Hausarzt.

(2) Überweisung durch Primärärzte

Sofern der Primärarzt die Weiterbehandlung durch einen Facharzt empfiehlt, der kein Primärarzt ist, ist eine entsprechende Überweisung des Primärarztes zusammen mit der Rechnung des weiterbehandelnden Facharztes bei ottonova einzureichen. Diese muss neben dem Namen des Versicherten das Überweisungsdatum, den Überweisungsgrund (Indikation) sowie die aufzusuchende Fachrichtung des Facharztes enthalten. Die Überweisung durch den Primärarzt besitzt Gültigkeit bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für die Dauer von sechs Monaten ab Überweisungsdatum. Sofern die Behandlung über sechs Monate hinaus fortgesetzt werden muss, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.

(3) Einschaltung des Concierge Services von ottonova statt Überweisung durch Primärarzt

Ist die versicherte Person der Auffassung, dass bei ihren Beschwerden die sofortige Einschaltung eines Nicht-Primärarztes geboten ist, kann sie sich, statt einen Primärarzt aufzusuchen, auch an den Concierge Service von ottonova wenden. Für den Fall, dass dieser ebenfalls die direkte Behandlung durch einen Facharzt befürwortet, wird unverzüglich eine diesbezügliche Bestätigung in Textform an die versicherte Person veranlasst. Diese Bestätigung ist der Überweisung durch den Primärarzt gleichgestellt.

(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird

Erfolgt die Behandlung bei einem Arzt, der kein Primärarzt gemäß Abs. 1 ist, ohne eine entsprechende Überweisung gemäß Abs. 2 und ohne die Bestätigung gemäß Abs. 3, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen sowie die im Zuge der Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel um 20 % gekürzt.

Die vorgenannte Kürzung um 20 % erfolgt nicht, sofern zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung eine Überweisung gemäß Abs. 2 oder eine Bestätigung gemäß Abs. 3 vorliegt.

(B) Gebührenordnungen

Ärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung sind bei ärztlicher Behandlung Gebühren auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, maximal jedoch bis zum 5,0-fachen Satz.

Bei Psychotherapie, die von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchgeführt wird, der den Voraussetzungen von § 4 (1) b) AVB/KKV genügt, sind Gebühren bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig, bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der GOP hinaus, maximal jedoch bis zum 5,0-fachen Satz.

Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Für Aufwendungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind die Bestimmungen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen maßgebend.

(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind erstattungsfähig. Ambulante ärztliche Leistungen unterliegen dem Primärarztprinzip, siehe (A2).

Besonderheiten bestehen bei den folgenden Behandlungen:

(1) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung)

Die Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) unterliegt nicht dem Primärarztprinzip.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Arzneimittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig.

ottonova wird die Zusage erteilen, sofern

- eine organisch bedingte Sterilität der bei ottonova versicherten Person vorliegt und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht zur Herbeiführung der Schwangerschaft besteht. Die Erfolgsaussicht gilt als hinreichend, sofern die Schwangerschaft mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 15 % herbeigeführt werden kann. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle eine hinreichende Erfolgsaussicht festgestellt hat, erkennt ottonova diese ohne weitere eigene Prüfung an.

Sofern die Herbeiführung der Schwangerschaft im Ausland durchgeführt werden soll, wird die Zusage nicht erteilt, wenn die Behandlung nach deutschem Recht nicht zu erstatten oder unzulässig wäre.

Besteht für die Behandlung neben dem Anspruch gegenüber der Beihilfestelle ein Anspruch gegen einen weiteren Kostenträger (z.B. gegen eine gesetzliche oder andere private Krankenversicherung), geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Herbeiführung einer Schwangerschaft sind in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn auf insgesamt 3.000 Euro begrenzt.

(2) Operative Sehschärfenkorrektur

Aufwendungen für eine operative Sehschärfenkorrektur sind nicht erstattungsfähig.

(3) Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für eine ambulante ärztliche Psychotherapie sind erstattungsfähig.

Aufwendungen für eine nicht ärztliche ambulante Psychotherapie unterliegen nicht dem Primärarztprinzip. Für nicht-ärztliche Psychotherapeuten wird unter den Voraussetzungen des § 4 (1) b) AVB/KKV nur nach Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Neurologie geleistet, auf eine Überweisung durch den Facharzt wird allerdings verzichtet.

Pro Versicherungsfall sind die ersten 50 Therapiestunden inkl. der probatorischen Sitzungen zu 100 % erstattungsfähig, alle darüberhinausgehenden Stunden sind zu 75 % erstattungsfähig.

(4) Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise

Abweichend von § 4 (3) d) Satz 2 und 3 AVB/KKV sind Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen, nicht erstattungsfähig. Dieser Ausschluss umfasst sowohl die Aufwendungen für die ärztliche Leistung als auch die für den Impfstoff.

(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

(1) Allgemeines

Der Bezug von Arznei- und Verbandmitteln sowie von Heilmitteln – nicht aber von Hilfsmitteln – unterliegt dem Primärarztprinzip.

(2) Arznei- und Verbandmittel

Als erstattungsfähige Arzneimittel im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung, bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Ansonsten gilt der Arzneimittelbegriff des § 2 AMG (Arzneimittelgesetz).

Nicht als Arzneimittel gelten Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel mit Ausnahme derer aus dem voranstehenden Absatz 1.

Arzneimittel, die zur Empfängnisverhütung verordnet werden, sind nur erstattungsfähig, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. ottonova wird die Zusage erteilen, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist. ottonova ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.

(3) Heilmittel

a) Aufwendungen für Heilmittel, die von den in § 4 (1) c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, soweit sie im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind und die dort genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden.

b) Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, sofern sie von den in § 4 (1) c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden und angemessen sind. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.

(4) Hilfsmittel

a) Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sind bis zu maximal 150 Euro innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.

   Beispiel: Wenn die versicherte Person eine Brille zu einem Rechnungsbetrag von 650 Euro bezieht, sind hiervon maximal 150 Euro erstattungsfähig. Der Erstattungsbetrag hängt von der versicherten Tarifstufe ab und berechnet sich wie folgt: Ist beispielsweise die Tarifstufe B23AZW50 versichert, werden 50 % von maximal 150 Euro, also 75 Euro ausgezahlt.

b) Aufwendungen für Hörhilfen sind bis zu 1.500 Euro je Ohr erstattungsfähig. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, sind Aufwendungen für die im Rahmen dieser Versorgung erforderlichen Hörgeräte bis zu 4.000 Euro je Ohr erstattungsfähig.

c) Aufwendungen für orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen sind für maximal 4 Paare innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig, Aufwendungen für Einlagen

bis maximal 2 Paare innerhalb von 36 Monaten. Bei orthopädischen Schuhen wird derselbe pauschale Eigenanteil für normales Schuhwerk von den erstattungsfähigen Aufwendungen in Abzug gebracht wie von der zuständigen Beihilfestelle.

d) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten können. Dies umfasst insbesondere alle beihilfefähigen Hilfsmittel. Bei nicht im Rahmen einer Unfall- oder Notfallversorgung bezogenen Hilfsmitteln mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 1.000 Euro ist der Concierge Service von ottonova mit der Beschaffung des Hilfsmittels zu beauftragen. Dies gilt auch dann, wenn zu erwarten ist, dass bei mehrfach innerhalb eines Versicherungsjahres zu beziehenden Hilfsmitteln gleicher Art und Güte die Anschaffungskosten einen Gesamtpreis von 1.000 Euro übersteigen werden.

   ottonova verpflichtet sich in diesem Fall, das Hilfsmittel entweder unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung über einen Dienstleister der betreffenden versicherten Person zur Verfügung zu stellen oder aber – sofern dies nicht möglich ist – dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel im Sanitätshaus seiner Wahl selbst beschaffen kann. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann in Deutschland auch ein geeignetes Sanitätshaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der betroffenen versicherten Person benannt werden.

   Hilfsmittel mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 1.000 Euro, die nicht im Rahmen einer unfall- bzw. notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, sind, sofern das Hilfsmittel anderweitig und ohne Absprache mit ottonova angeschafft wird, nur zu 75 % erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind nicht beihilfefähige Aufwendungen für

- den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z.B. Stromkosten und Batterien),
- Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind,
- Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie
- Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten.

Aufwendungen für notwendige Reparaturen und Wartungen von erstattungsfähigen Hilfsmitteln sowie für die Unterweisung in deren Gebrauch sind erstattungsfähig.

(E) Nichtärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

Erstattungsfähig sind im Falle einer Schwangerschaft Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers. Erstattungsfähig sind insbesondere auch Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

Erstattungsfähig sind überdies beihilfefähige Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden, auch wenn diese nicht die Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers betreffen.

(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers, die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechenbar sind. Verordnete Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel werden ebenfalls erstattet. Erstattungsfähig sind darüber hinaus alle Leistungen eines Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind, auch wenn diese nicht im GebüH enthalten sind. Nicht erstattungsfähig sind jedoch Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.

(2) Auf den Einwand der nicht schulmedizinisch anerkannten Behandlung nach § 4 (3) a) AVB/KKV wird bei Leistungen gemäß Abs. 1 verzichtet.

(3) Sofern die Leistung eines Heilpraktikers in Anlage 2 der Bundesbeihilfeverordnung enthalten ist, ist sie bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers sind auf maximal 2.000 Euro innerhalb von 36 Monaten begrenzt.

(G) Sonstige nichtärztliche Leistungen

(1) Allgemeines

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) abgeschlossen hat, gelten für Leistungen gemäß den Absätzen 2 bis 5 die mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte, niemals jedoch weniger als bis zur beihilfefähigen Höhe.

(2) Häusliche Pflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind, der vom Arzt verantwortet aber nicht von ihm durchgeführt werden muss.

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung und besteht kein Anspruch gegenüber der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

(3) Palliativversorgung

Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung sind Leistungen durch ambulante Hospizdienste bzw. ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung erstattungsfähig. Gleiches gilt für die stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen.

(4) Soziotherapie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Soziotherapie (Betreuung von Personen mit schweren psychischen Störungen). Leistungsvoraussetzung ist, dass

- ein Behandlungsplan durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorliegt und
- der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen oder durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Aufwendungen für Soziotherapie sind für bis zu 120 Stunden innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.

(5) Sozialpädiatrische Leistungen

Aufwendungen für sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere für psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Behandlungen, sind erstattungsfähig, sofern diese unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und

- entweder erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, damit Gelegenheit besteht, einen hierauf abgestimmten Behandlungsplan zu entwerfen oder
- im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung notwendig werden.

(H) Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB)

Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akut stationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z.B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.

Aufwendungen für ambulante AHB sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und die AHB medizinisch notwendig ist. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn eine Leistungszusage für die ambulante Maßnahme erteilt hat, wird sich ottonova nicht auf eine fehlende Zusage berufen.

Bei ambulanter AHB sind neben den Aufwendungen für die Therapie auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

(2) Ambulante Entwöhnungsbehandlung

Aufwendungen für ambulante Entwöhnungsbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

(3) Sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, auch ambulante Kuren

Aufwendungen für sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch ambulante Kuren), die weder eine AHB nach Absatz 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und die ambulante Rehabilitationsmaßnahme (auch ambulante Kur) medizinisch notwendig ist. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn eine Leistungszusage für die ambulante Maßnahme erteilt hat, wird sich ottonova nicht auf eine fehlende Zusage berufen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch ambulante Kuren), die weder eine AHB nach Absatz 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind auf maximal 1.500 Euro innerhalb von 36 Monaten begrenzt.

(4) Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen

Erstattungsfähig ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, soweit die Aufwendungen hierfür beihilfefähig sind.

(I) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

(1) Rettungs- und Krankentransporte

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte

- von oder zur stationären Behandlung ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus und
- zur ambulanten Notfallbehandlung ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Wird für den Transport vom oder zum Krankenhaus eine Entfernung von nicht mehr als 100 km zurückgelegt, gilt das Krankenhaus stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

Erstattungsfähig sind im Rahmen eines Rettungstransportes auch die Fahrtkosten des Notarztes.

(2) Krankenfahrten

Medizinisch notwendige Krankenfahrten sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. ottonova wird die Zusage erteilen, sofern es sich um eine medizinisch notwendige Krankenfahrt von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus handelt.

Einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt vom oder zum Krankenhaus steht eine Krankenfahrt von oder zu

- einer ambulant durchgeführten Dialysebehandlung, einer Strahlen- oder Chemotherapie,
- einer ambulant durchgeführten Operation oder einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V,

- einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist, sowie
- einer ambulant durchgeführten Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr

gleich.

Wird für die Fahrt von oder zur Behandlung eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

Im Rahmen seiner Zusage ist ottonova berechtigt, seine Leistung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankenfahrt von ottonova organisiert wird.

(3) Erweiterung Krankenfahrten

Sofern eine gemäß Absatz 2 versicherte Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig. Alle Bedingungen bzw. Voraussetzungen aus Absatz 2 gelten dann entsprechend für den Krankentransport.

(4) Bergungen

Erstattungsfähig sind Kosten einer Bergung der versicherten Person, sofern die Bergung notwendig ist, um die versicherte Person aus einer Situation zu befreien, in der für sie eine Gefahr für Leib und Leben besteht.

Erstattungsfähig sind Kosten in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Versicherungsfall.

(J) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind erstattungsfähig. Dabei sind die von einem zahntechnischen Labor erbrachten Leistungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie auch ein Zahnarzt gemäß GOZ berechnen kann.

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der vor Behandlungsbeginn bei ottonova eingereicht wird, sind erstattungsfähig.

Nach Erhalt des Heil- und Kostenplans wird dieser unverzüglich von ottonova geprüft und dem Versicherungsnehmer Auskunft über die zu erwartende Erstattung erteilt.

(2) Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlungen und die dazu gehörenden zahntechnischen Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

Als Zahnbehandlung gelten sämtliche zahnärztliche Behandlungen, die nicht unter die nachstehend genannten Leistungen der Absätze 3 bis 6 fallen.

(3) Individualprophylaxe

Die in der GOZ aufgeführten prophylaktischen Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung sind jedoch pro Versicherungsjahr nur einmal bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 80 Euro erstattungsfähig.

(4) Zahnersatz

Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind zu 100 % erstattungsfähig. Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

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

Erstattungsfähig sind sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen. Sofern eine metallische Versorgung gewählt wird, sind auch Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn 8 erstattungsfähig.

Zur Versorgung mit Zahnersatz zählen auch die hierfür notwendigen Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

Als funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden Bildaufnahmen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

(7) Leistungseinschränkungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (Zahnstaffel)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß den Absätzen 2, 4, 5 und 6 sind in den ersten 36 Monate nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Sie betragen

- in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 500 Euro
- in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 1.000 Euro

- in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 1.500 Euro

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

(K) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind digitale Gesundheitsanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (sog. „DiGA-Verzeichnis“) aufgenommen sind. Dies gilt, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Die digitalen Gesundheitsanwendungen sind bis zur Höhe erstattungsfähig, wie sie von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden (vergleiche Preise im DiGA-Verzeichnis).

Voraussetzung für die Erstattung sind eine Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 (1) a) und b) AVB/KKV und eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nach § 1 (2) AVB/KKV.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung anfallen. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.