

Tarif:

Grundbaustein Stationär (B21S) für Beihilfeempfänger

gültig in Verbindung mit AVB/KKV und Allgemeinem Teil für die Grundbausteine B21AZ und B21S sowie die Zusatzbausteine B21EC100, B21FC100 und B21BC.

Ausgabe 07 / 2021

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines

(A) Versicherbare Tarifestufen	3
(B) Änderung des Beihilfebemessungssatzes	3

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines	3
(B) Gebührenordnungen	4
(C) Leistungen bei akutstationärer Behandlung	4
(D) Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	4

(I) Allgemeines

(A) Versicherbare Tarifstufen

Tarif B21S ergänzt die Leistungen der Beihilfe. Der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person für stationäre Leistungen sowie die prozentuale Absicherung gemäß Tarif B21S müssen zusammen 100% ergeben. Hierzu sind derzeit folgende Tarifstufen versicherbar, wobei die Zahl am Ende des Namens der Tarifstufe den jeweiligen Erstattungsprozentsatz gemäß Tarif B21S angibt:

B21S50, B21S45, B21S40, B21S35, B21S30, B21S25, B21S20 und B21S15.

Überdies ist für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfebemessungssatz sich mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht, zusätzlich zur Tarifstufe B21S30 die Tarifstufe B21SK20 versicherbar. Die Versicherung nach Tarif B21SK20 endet zum Zeitpunkt der vorgenannten Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes, spätestens jedoch mit Vollendung des 68. Lebensjahres.

(B) Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich bei einer versicherten Person der stationäre Beihilfebemessungssatz, hat der Versicherungsnehmer das Recht zu beantragen, dass ottonova den Versicherungsschutz im Rahmen der gemäß Tarif B21S versicherbaren Tarifstufen so anpasst, dass die Summe aus stationärem 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

(A) Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen in Zusammenhang mit einer stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung. Eine stationäre zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann. Es wird angeraten, das Vorliegen der stationären Indikation vor Behandlungsbeginn abzuklären.



Fahrten zu und von stationären Behandlungen gelten stets als ambulante Leistungen. Hierzu erbringt der Tarif B21AZ Leistungen im tariflichen Umfang.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der versicherten Tarifstufe erstattet.

(B) Gebührenordnungen

Ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig, bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ hinaus, maximal jedoch bis zum 5,0-fachen Satz.

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

(C) Leistungen bei akutstationärer Behandlung

Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115 a) SGB V,
- b) gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- c) gesondert berechenbare Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers und
- d) gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns des stationären Aufenthalts das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Eine akutstationäre Behandlung liegt – unabhängig davon, ob es sich um eine Notfall- oder eine geplante Behandlung handelt – dann vor, wenn eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung in einem Krankenhaus durchgeführt wird und keine Rehabilitationsmaßnahme nach Buchstabe D darstellt.

Leistet die Beihilfe für eine akutstationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt, wird sich ottonova nicht auf die fehlende vorherige Zusage nach § 5 (5) b) AVB/KKV berufen.

Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, sind bei einer Behandlung in Deutschland neben den Leistungen gemäß Buchstaben b) bis d) maximal 150% der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. maximal 150% der tagesgleichen Pflegesätze nach Bundespflegesatzverordnung erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind stationäre Wahlleistungen, d.h. wahlärztliche Leistungen sowie die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Buchstabe a) die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch Leistungen gemäß Buchstaben b) bis d) abgegolten werden und im Ausland nicht als stationären Wahlleistungen vom Versicherten wählbar sind.

(D) Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)

Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akutstationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der

enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die 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.

Abweichend von § 5 (5) AVB/KKV ist bei stationärer AHB eine vorherige Zusage nicht erforderlich.

Aufwendungen für stationäre AHB sind erstattungsfähig, 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 den stationären Aufenthalt erteilt hat, erkennt ottonova dies ohne weitere eigene Prüfung an.



Es wird empfohlen, vor Antritt einer AHB stets die Kostenzusage von ottonova einzuholen. Denn so kann abgeklärt werden, ob ein weiterer Kostenträger als die Beihilfe leistungspflichtig ist.

Bei stationärer AHB sind Leistungen gemäß Buchstabe C erstattungsfähig.

(2) Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Aufwendungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig.

ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern

- eine stoffgebundene Sucht vorliegt,
- kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und
- die Entwöhnungsbehandlung medizinisch notwendig ist und nicht aufgrund einer Nikotinsucht stattfindet. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn eine Leistungszusage für den stationären Aufenthalt erteilt hat, wird sich ottonova nicht auf eine fehlende vorherige Zusage berufen.

Bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind Leistungen gemäß Buchstabe C erstattungsfähig. Die maximale Dauer einer erstattungsfähigen Behandlung ist jedoch auf 4 Monate begrenzt.

(3) Sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, auch stationäre Kur oder Sanatoriumsbehandlung

Aufwendungen für sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (auch stationäre Kur oder Sanatoriumsbehandlung), die weder eine AHB nach Absatz 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind erstattungsfähig, sofern kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme (auch stationäre Kur oder Sanatoriumsbehandlung) medizinisch notwendig ist. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn eine Leistungszusage für den stationären Aufenthalt erteilt hat, erkennt ottonova diese ohne weitere eigene Prüfung an.

Abweichend von § 5 (5) AVB/KKV ist bei stationärer Rehabilitation eine vorherige Zusage

nicht erforderlich.



Es wird empfohlen, vor Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme stets die Kosten-
zusage von ottonova einzuholen. Denn so kann abgeklärt werden, ob ein weiterer
Kostenträger als die Beihilfe leistungspflichtig ist.

Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (auch stationäre Kur oder Sanatoriumsbe-
handlung) sind Leistungen gemäß Buchstabe C erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen
Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine AHB nach Absatz
1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind begrenzt auf 2.500
Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren.