

Tarif:

Grundbaustein Ambulant & Zahn (BAZ) für Beihilfeempfänger

gültig in Verbindung mit AVB/KKV

Ausgabe 11 / 2019

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines

(A) Aufnahmefähigkeit	3
(B) Versicherungsfähigkeit	3
(C) Versicherbare Tarilstufen	3
(D) Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und andere erwachsene Personen in der Ausbildung	3
(E) Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs	5

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines	7
(B) Gebührenordnungen	7
(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	7
(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel	8
(E) Nichtärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt	10
(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers	10
(G) Sonstige nichtärztliche Leistungen	10
(H) Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	12
(I) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen	13
(J) Ambulante zahnärztliche Behandlung	14
(K) Leistungseinschränkungen bei besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst	16

Anhang

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)	17
Arzneimittelgesetz (AMG)	17

(I) Allgemeines

(A) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig im Tarif BAZ sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(B) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif BAZ sind Personen, für die ein Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall besteht (Beihilfeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige) und für die gleichzeitig eine Versicherung nach Tarif BS besteht.

Endet die Versicherung nach Tarif BS, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung nach Tarif BAZ.

Versicherungsfähig in Form einer Anwartschaftsversicherung sind überdies Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge im Krankheitsfall. Weiteres hierzu regeln die Anwartschaftsbedingungen für Beihilfeberechtigte.

(C) Versicherbare Tarifstufen

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

BAZ50, BAZ45, BAZ40, BAZ35, BAZ30, BAZ25, BAZ20 und BAZ15.

Überdies ist für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfebemessungssatz sich mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht, zusätzlich zur Tarifstufe BAZ30 die Tarifstufe BAZK20 versicherbar. Die Versicherung nach Tarif BAZK20 endet zum Zeitpunkt der vorgenannten Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes, spätestens jedoch mit Vollendung des 68. Lebensjahres.

(D) Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und andere erwachsene Personen in der Ausbildung

(1) Versicherungsfähigkeit nach den besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Versicherungsfähig sind Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, die einen Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall besitzen. Mitversicherbar ist ab dem vollendeten 21. Lebensjahr bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres auch der nicht oder nur geringfügig berufstätige Ehegatte bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang AVB/KKV), sofern für diesen ebenfalls ein Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall besteht.

Es gelten die Leistungseinschränkungen gemäß II (K).

(2) Versicherungsfähigkeit nach den besonderen Bedingungen für andere erwachsene Personen in der Ausbildung

Versicherungsfähig sind Personen bis maximal zur Vollendung des 27. Lebensjahres, die sich in einer Ausbildung befinden (z.B. Studium) und einen Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall besitzen.

(3) Beitragszahlung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 AVB/KKV mit der Maßgabe, dass keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

(4) Tarifbezeichnung und versicherbare Tarifstufen

Sofern die besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst abgeschlossen sind, wird dem Tarifnamen ein W angehängt. Versicherbar sind derzeit nach den besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst die Tarifstufen

BAZW50, BAZW45, BAZW40, BAZW35, BAZW30 und BAZW25.

Sofern die besonderen Bedingungen für andere erwachsene Personen in der Ausbildung abgeschlossen sind, wird dem Tarifnamen ein A angehängt. Versicherbar sind derzeit nach den besonderen Bedingungen für andere erwachsene Personen in Ausbildung die Tarifstufen

BAZA45, BAZA40, BAZA35, BAZA30, BAZA25 und BAZA20.

(5) Ende der besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und Fortführung der Versicherung

- b) Die Versicherung zu diesen besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Absatz 1. Sofern diese besonderen Bedingungen für den Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst enden, enden zum selben Zeitpunkt auch die besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehe- bzw. Lebenspartner.
- b) Sofern zu diesem Zeitpunkt weiterhin ein Anspruch auf Beihilfe besteht, wird der Tarif BAZ vom nächsten Monat an, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Absatz 1 folgt, zu normalen Bedingungen, d.h. mit Bildung von Alterungsrückstellungen, fortgeführt. Bestehende Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen werden dabei übernommen, bestehende Risiko- oder Auslandszuschläge im gleichen Verhältnis zum neuen monatlichen Beitrag entsprechend angepasst. Der Versicherungsnehmer hat darüber hinaus das Recht, die Aufnahme in jedem anderen für den Neuzugang geöffneten Tarif für Beihilfeberechtigte zu beantragen. ottonova verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrags ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten, sofern im beantragten Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und der Antrag spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Absatz 1 mit ggf. rückwirkendem Versicherungsbeginn zum Zeitpunkt des Wegfalls gestellt wird. Die Risikoeinstufung im neuen Tarif erfolgt nach der im Neugeschäft üblichen Methodik von ottonova. Maßgeblicher Gesundheitszustand ist derjenige, der für die Versicherung des Tarifs BAZ zu besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst dokumentiert wurde.
- c) Sofern zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit nach Absatz 1 keine

Versicherungsfähigkeit nach Buchstabe B mehr besteht und die versicherte Person stattdessen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den nahtlosen Wechsel in den Tarif Standby Worldwide zu beantragen. ottonova verpflichtet sich zur Annahme des Antrags ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten und ungeachtet des im Tarif Standby Worldwide definierten Höchstaufnahmalters. Dabei gilt jedoch die Einschränkung, dass die maximale Laufzeit des Tarifs Standby Worldwide auf 12 Monate verkürzt ist. Maßgeblicher Gesundheitszustand für den Wechsel aus dem Tarif Standby Worldwide in andere Tarife von ottonova ist derjenige, der für die Versicherung des Tarifs BAZ zu besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst dokumentiert wurde.

(6) Ende der besonderen Bedingungen für andere erwachsene Personen in der Ausbildung und Fortführung der Versicherung

- b) Die Versicherung zu diesen besonderen Bedingungen für andere erwachsene Personen in der Ausbildung endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Absatz 2.
- b) Sofern zu diesem Zeitpunkt weiterhin ein Anspruch auf Beihilfe besteht, wird der Tarif BAZ vom nächsten Monat an, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Absatz 2 folgt, zu normalen Bedingungen, d.h. mit Bildung von Alterungsrückstellungen, fortgeführt. Bestehende Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen werden dabei übernommen, bestehende Risiko- oder Auslandszuschläge im gleichen Verhältnis zum neuen monatlichen Beitrag entsprechend angepasst.

(E) Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs

(1) Änderung des Beihilfebemessungssatzes

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

(2) Wegfall des Beihilfeanspruchs

Entfällt bei einer versicherten Person der Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall, hat der Versicherungsnehmer das Recht zu beantragen, dass ottonova den Versicherungsschutz in vergleichbarem Umfang in einem anderen für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostenvollversicherungstarif fortführt. Überdies besteht das Recht, zeitgleich eine Krankentagegeldversicherung bei ottonova zu beantragen, wenn für die versicherte Person in diesem Tarif Versicherungsfähigkeit besteht. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall des Beihilfeanspruchs gestellt, verpflichtet sich ottonova den Antrag ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten anzunehmen. Letzteres gilt im Falle einer beantragten Krankentagegeldversicherung bis zu einem Tagegeld von maximal 150 Euro. Die Fortführung des Versicherungsschutzes erfolgt dann mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls des Beihilfeanspruchs.

Tritt neben dem Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe Versicherungspflicht in der GKV ein oder besteht ein Anspruch auf Familienversicherung in der GKV, gelten die Bestimmungen von § 14 (4) AVB/KKV. Buchstabe d) dieses Paragraphen gilt mit der Maßgabe, dass bei einem Wechsel in eine GKV-Zusatzversicherung die Erhöhung des Absicherungsprozentsatzes einer im Tarif BAZ versicherten Leistung keine Erhöhung des Leistungsumfangs der Zusatzversicherung darstellt.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) 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.

Alle im Folgenden genannten 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 Psychotherapie, die von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird, der den Voraussetzungen von § 4 Absatz 1 b) AVB/KKV genügt, sind Gebühren bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) 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. Besonderheiten bestehen jedoch bei den folgenden Behandlungen:

(1) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung)

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
- zu Beginn der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat 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.

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.

Zeiten aus einer Versicherung zu besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf werden hierbei nicht angerechnet, da während dieser Zeiten kein Anspruch auf Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht (vgl. Buchstabe K).

(2) Operative Sehschärfenkorrektur

Erfolgt der operative Eingriff in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn, sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für jeden Eingriff auf 250 Euro pro Auge begrenzt. Erfolgt der Eingriff ab dem 13. Monat bis zum 24. Monat nach Versicherungsbeginn, sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für jeden Eingriff auf 500 Euro pro Auge begrenzt. Erfolgt der Eingriff ab dem 25. Monat nach Versicherungsbeginn, sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für jeden Eingriff auf 750 Euro pro Auge begrenzt.

Zeiten aus einer Versicherung zu besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf werden hierbei nicht angerechnet, da während dieser Zeiten kein Anspruch auf Leistungen zur operativen Sehschärfekorrektur besteht (vgl. Buchstabe K).

(3) ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Ausgenommen von der Verpflichtung zur Einholung einer vorherigen Zusage sind die probatorischen Sitzungen. ottonova wird die Zusage erteilen, sofern die ambulante Psychotherapie medizinisch notwendig ist. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines Gutachtens nach den probatorischen Sitzungen festgestellt hat, erkennt ottonova diese ohne weitere eigene Prüfung an und beruft sich insoweit auch nicht auf eine fehlende vorherige Zusage.

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

(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

(1) Arznei- und Verbandmittel

Als erstattungsfähige Arzneimittel im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung. Ansonsten gilt der Arzneimittelbegriff des § 2 AMG (Arzneimittelgesetz, siehe Anhang).

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.

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.

(2) Heilmittel

Aufwendungen für Heilmittel, die von den in § 4 Absatz 1 c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, soweit sie beihilfefähig sind. Erstattungsfähig sind darüber hinaus auch von den in § 4 Absatz 1 c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbrachte Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, sofern sie nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann.

(3) Hilfsmittel

- a) Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sind bis zu 500 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren erstattungsfähig.

Beispiel: Wenn die versicherte Person eine Brille zu einem Rechnungsbetrag von 600 Euro bezieht, sind hiervon maximal 500 Euro erstattungsfähig. Das heißt, der Erstattungsbetrag hängt von der versicherten Tarilstufe ab und berechnet sich wie folgt: Ist beispielsweise die Tarilstufe BAZ50 versichert, werden 50% von maximal 500 Euro, also 250 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 2 Versicherungsjahren erstattungsfähig, Aufwendungen für Einlagen bis maximal 2 Paare innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei orthopädischen Schuhen wird ein pauschaler Eigenanteil für normales Schuhwerk von den erstattungsfähigen Aufwendungen in Abzug gebracht. Die Höhe richtet sich nach den Vorgaben der Beihilfe.
- d) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z.B. Blindenhund inkl. Ausbildung, Blindenlesegerät und Sauerstoffversorgung) 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 Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers betreffen.

(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers

Erstattungsfähig sind beihilfefähige Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers, einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel. Sofern die Beihilfeverordnung eines Bundeslandes vorsieht, dass Leistungen eines Heilpraktikers grundsätzlich nicht beihilfefähig sind, sind Heilpraktikerleistungen gemäß Bundesbeihilfeverordnung erstattungsfähig.

ottonova verzichtet in diesen Fällen auf den Einwand nicht schulmedizinisch anerkannter Behandlung nach § 4 Absatz 3 a) AVB/KKV

Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers ist auf maximal 1.000 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

(G) Sonstige nichtärztliche Leistungen

(1) Allgemeines

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer abgeschlossen hat, gelten für Leistungen gemäß den Absätzen 2 bis 5 die mit dem Verband der privaten Krankenversicherer vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungser-

bringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte, nicht 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 Arzt für 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 drei Versicherungsjahren 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 AHB erteilt hat, wird sich ottonova nicht auf eine fehlende vorherige 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 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 vor Behandlungsbeginn eine Leistungszusage für die ambulante Entwöhnungsbehandlung erteilt hat, wird sich ottonova nicht auf eine fehlende vorherige Zusage berufen.

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

(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 vorherige Zusage berufen. Leistungen für sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch ambulante Kuren), die weder eine AHB nach Absatz 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind bis zu 1.500 Euro innerhalb

von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig.

Bei ambulanter Rehabilitation 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.

(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 (siehe Anhang) sowie
- einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist,

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 gemäß den Bestimmungen der GOZ erstattungsfähig.

Leistungsvoraussetzung bei Zahnersatz, kieferorthopädischer sowie funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Behandlung ist, dass von ottonova vor Beginn der Behandlung eine Kostenzusage aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplanes erteilt wurde, es sei denn, dass lediglich bereits bestehender Zahnersatz repariert bzw. wiedereingesetzt wurde.

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 und verbleibende Eigenbeteiligung erteilt.

Bei erwachsenen Versicherten ab Vollendung des 21. Lebensjahres ist darüber hinaus erforderlich, dass in den dem Behandlungsjahr vorausgegangenen drei Kalenderjahren mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde. Es wird unterstellt, dass bei der versicherten Person in den drei Kalenderjahren, die dem ersten Versicherungsjahr nach Tarif BAZ vorangingen, mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

Sofern eine der genannten Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt ist, sind nur 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen gemäß den Absätzen 4 bis 6 erstattungsfähig.

(2) Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlungen und die dazu gehörenden zahntechnischen Leistungen sind 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 höchstens zweimal, bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 125 Euro je Behandlung erstattungsfähig.

(4) Zahnersatz

Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind 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 7 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 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 erstattungsfähig.

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

(K) Leistungseinschränkungen bei besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Sofern die besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst gemäß Nummer (I) Buchstabe D Absatz 1 versichert sind, gelten die folgenden Leistungseinschränkungen:

Nicht erstattungsfähig sind

- Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung), siehe Buchstabe C Absatz 1,
- Leistungen zur operativen Sehschärfekorrektur, siehe Buchstabe C Absatz 2,
- Leistungen zur ambulanten Entwöhnung, siehe Buchstabe H Absatz 2.

Anhang

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 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.

Arzneimittelgesetz (AMG)

§ 2 Arzneimittelbegriff

(1) Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen,

1. die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder
2. die im oder am menschlichen oder tierischen Körper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden können, um entweder
 - a) die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder
 - b) eine medizinische Diagnose zu erstellen.

(2) Als Arzneimittel gelten

1. Gegenstände, die ein Arzneimittel nach Absatz 1 enthalten oder auf die ein Arzneimittel nach Absatz 1 aufgebracht ist und die dazu bestimmt sind, dauernd oder vorübergehend mit dem menschlichen oder tierischen Körper in Berührung gebracht zu werden,
 - 1a. tierärztliche Instrumente, soweit sie zur einmaligen Anwendung bestimmt sind und aus der Kennzeichnung hervorgeht,

dass sie einem Verfahren zur Verminderung der Keimzahl unterzogen worden sind,

2. Gegenstände, die, ohne Gegenstände nach Nummer 1 oder 1a zu sein, dazu bestimmt sind, zu den in Absatz 1 bezeichneten Zwecken in den tierischen Körper dauernd oder vorübergehend eingebracht zu werden, ausgenommen tierärztliche Instrumente,
3. Verbandstoffe und chirurgische Nahtmaterialien, soweit sie zur Anwendung am oder im tierischen Körper bestimmt und nicht Gegenstände der Nummer 1, 1a oder 2 sind,
4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die, auch im Zusammenwirken mit anderen Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen, dazu bestimmt sind, ohne am oder im tierischen Körper angewendet zu werden, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des tierischen Körpers erkennen zu lassen oder der Erkennung von Krankheitserregern bei Tieren zu dienen.

(3) Arzneimittel sind nicht

1. Lebensmittel im Sinne des § 2 Abs. 2 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches,
2. kosmetische Mittel im Sinne des § 2 Abs. 5 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches,
3. Erzeugnisse im Sinne des § 2 Nummer 1 des Tabakerzeugnisgesetzes,
4. Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, äußerlich am Tier zur Reinigung oder Pflege oder zur Beeinflussung des Aussehens oder des Körpergeruchs angewendet zu werden, soweit ihnen keine Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen zugesetzt sind, die vom Verkehr außerhalb der Apotheke ausgeschlossen sind,
5. Biozid-Produkte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EU) Nr. 528/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 über die Bereitstellung auf dem Markt und die Verwendung von Biozidprodukten (ABl. L 167 vom 27.6.2012, S. 1),
6. Futtermittel im Sinne des § 3 Nummer 12 bis 16 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches,
7. Medizinprodukte und Zubehör für Medizinprodukte im Sinne des § 3 des Medizinproduktegesetzes, es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b,
8. Organe im Sinne des § 1a Nr. 1 des Transplantationsgesetzes, wenn sie zur Übertragung auf menschliche Empfänger bestimmt sind.

(3a) Arzneimittel sind auch Erzeugnisse, die Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen sind oder enthalten, die unter Berücksichtigung aller Eigenschaften des Erzeugnisses unter eine Begriffsbestimmung des Absatzes 1 fallen und zugleich unter die Begriffsbestimmung eines Erzeugnisses nach Absatz 3 fallen können.

(4) Solange ein Mittel nach diesem Gesetz als Arzneimittel zugelassen oder registriert oder durch Rechtsverordnung von der Zulassung oder Registrierung freigestellt ist, gilt es als Arzneimittel. Hat die zuständige Bundesoberbehörde die Zulassung oder Registrierung eines Mittels mit der Begründung abgelehnt, dass es sich um kein Arzneimittel handelt, so gilt es nicht als Arzneimittel.