ottonova

Tarif First Class Expats (incoming)
Krankheitskostenvollversicherung

gültig in Verbindung mit AVB/KKV

Ausgabe 11 / 2019

on-tbfce-0003

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostraße 4
80333 München

Servicetelefon: +49 89 12 1407 12
ottonova.de

Inhaltsübersicht

(I) Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

(A) Versicherungsfähigkeit und Ende der Versicherung 4
(B) Beitragszahlung 5
(C) Einschränkungen des § 3 AVB/KKV: Leistungen im Ausland 5

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines 6
(B) Gebührenordnungen 6
(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen 6
(1) Allgemeines 6
(2) Operative Sehschärfenkorrektur 6
(3) Ambulante Psychotherapie 6
(4) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) 7
(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel: 7
(1) Allgemeines 7
(2) Arznei- und Verbandmittel 7
(3) Heilmittel 7
(4) Hilfsmittel 8
(E) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers: 9
(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers 9
(G) Sonstige ambulante Leistungen 10
(1) Allgemeines 10
(2) Häusliche Pflege 10
(3) Ambulante Palliativversorgung 10
(4) Soziotherapie 10
(H) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung 11
(I) Rehabilitationsmaßnahmen 11
(1) Anschlussheilbehandlung (AHB) 11
(2) Entwöhnungsbehandlung 12
(3) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung 12
(J) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen 13
(K) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen 13
(1) Allgemeines 13

(2) Rettungs- und Krankentransporte 13
(3) Krankenfahrten 14
(4) Bergungen 14
(L) Rücktransport und Leistungen im Todesfall 14
(1) Allgemeines....14
(2) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland nach Deutschland 15
(3) Leistungen für am Aufenthaltsort verbleibende Kinder und Jugendliche 15
(4) Festlegung der Mehrkosten 15
(5) Erwachsene Begleitperson 15
(6) Überführung des Leichnams im Todesfall....16
(M) Allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung....16
(N) Ambulante zahnärztliche Behandlung....16
(1) Allgemeines....16
(2) Zahnbehandlung 17
(3) Individualprophylaxe 17
(4) Zahnersatz 17
(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 18
(6) Kieferorthopädische Leistungen 18
(7) Heil- und Kostenplan 19
(8) Leistungseinschränkungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen....19
(O) Stationär erbrachte zahnärztliche Behandlung....19
(P) Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche 19
(1) Allgemeines....19
(2) Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen....20
(3) Pauschale bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit 20
(4) Krankenhaustagegeld bei schweren Erkrankungen....20

Gültig in Verbindung mit den AVB/KKV Tarif First Class Expats (incoming)

(I) Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

(A) Versicherungsfähigkeit und Ende der Versicherung

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die in Deutschland entweder als Arbeitnehmer beschäftigt, im Rahmen eines sonstigen Dienstverhältnisses als Organ einer juristischen Person (z.B. Vorstand oder Geschäftsführer) tätig werden oder hauptberuflich selbstständig tätig sind, einen befristeten Aufenthaltstitel in Deutschland haben und für die weder Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), noch Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall bzw. freie Heilfürsorge besteht.

(2) Mitversicherbar sind Kinder, Ehegatten und staatlich anerkannte Lebenspartner, die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person in Deutschland leben.

(3) Tritt während der Versicherungszeit für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ein oder entsteht ein Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge im Krankheitsfall, endet für die versicherte Person die Versicherung zu dem Zeitpunkt, zu dem Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung eintritt bzw. zu dem der Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall bzw. freie Heilfürsorge entsteht.

(4) Für alle versicherten Personen endet die Versicherung spätestens 60 Monate nach Versicherungsbeginn der gemäß Abs. 1 versicherten Person. Sofern diese unmittelbar vor Beginn der Versicherung bereits in einem anderen Tarif für Ausländer mit befristeten Aufenthaltstitel versichert war, werden die dort zurückgelegten Versicherungszeiten auf die 60 Monate angerechnet.

Die Versicherung endet darüber hinaus mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses als Arbeitnehmer, der Beendigung des Dienstverhältnisses als Organ in Deutschland oder wenn der selbstständigen Tätigkeit nicht mehr hauptberuflich nachgegangen wird. Ebenfalls endet die Versicherung mit der Erteilung eines unbefristeten Aufenthaltstitels oder mit dem Wegfall der Aufenthaltserlaubnis in Deutschland.

Wenn nach Beendigung des Tarifs First Class Expats (incoming) der gewöhnliche Aufenthalt für eine versicherte Person in Deutschland fortbestehen soll, kann für diese Person der nahtlose Wechsel in den Tarif First Class oder Business Class beantragt werden. ottonova verpflichtet sich, diesen Antrag ohne erneute Risikoprüfung anzunehmen, sofern

- der Wechsel innerhalb von einem Monat nach Beendigung des Tarifs First Class Expats (incoming) beantragt wird und
- mit der Beantragung des Wechsels ein fester und ungekündigter Wohnsitz in Deutschland nachgewiesen wird und
- zum Zeitpunkt der Beendigung kein Beitragsrückstand besteht bzw. bestand.

Im Falle des Tarifwechsels ist der im aufnehmenden Tarif gültige Beitrag zu bezahlen. Bestehende Leistungsausschlüsse werden übernommen, bestehende Risikozuschläge entsprechend dem neuen Beitrag angepasst.

(B) Beitragszahlung

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

(C) Einschränkungen des § 3 AVB/KKV: Leistungen im Ausland

(1) Abweichend zu § 3 Abs. 1 b) AVB/KKV besteht Versicherungsschutz außerhalb des EWR nur bei Reisen bis zu einer Dauer von 2 Monaten. Befindet sich die versicherte Person mit Ablauf des zweiten Reisemonats in stationärer Behandlung, besteht Versicherungsschutz solange die versicherte Person die Rückreise bzw. den Rücktransport nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(2) Abweichend zu § 3 Abs. 3 c) AVB/KKV endet die Versicherung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland außerhalb des EWR. Eine Möglichkeit der Fortführung der Versicherung besteht nicht.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen in Zusammenhang mit einer ambulanten, stationären oder zahnärztlichen Behandlung.

(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.

Bei Psychotherapie, die von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchgeführt wird, der den Voraussetzungen von § 4 Abs. 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.

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

(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

(1) Allgemeines

Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen werden mit Ausnahme von psychotherapeutischen Leistungen gemäß der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung erstattet. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

Besonderheiten bestehen neben den unter Buchstabe I geregelten ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen bei den folgenden Behandlungen:

(2) Operative Sehschärfenkorrektur

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Arzneimittel bei einer operativen Sehschärfenkorrektur sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. ottonova wird die Zusage erteilen, sofern die operative Sehschärfenkorrektur medizinisch notwendig ist.

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.

(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 ambu-

lante Psychotherapie medizinisch notwendig ist.

Therapiestunden (inklusive der probatorischen Sitzungen) werden zu 75% erstattet.

Die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung unter Buchstabe M findet bei ambulanter Psychotherapie keine Anwendung.

(4) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung)

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung). Dies gilt auch für die im Zusammenhang hiermit erbrachten Laborleistungen und ärztlichen Verordnungen.

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

(1) Allgemeines

Bei erstattungsfähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sowie für Heilmittel - nicht für Hilfsmittel - gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

(2) Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung. 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.

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 Abs. 1 c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern sie angemessen und im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung enthalten sind. Als angemessen gelten Aufwendungen, sofern die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Höchstbeträge um nicht mehr als 20% überschritten werden. Im Einzelfall können auch darüberhinausgehende Aufwendungen angemessen sein, sofern diese als ortsüblich anzusehen sind.

b) Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, sofern sie von den in § 4 Abs. 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 zu 100% bis zu 300 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren erstattungsfähig.

b) Aufwendungen für Hörhilfen sind während der Laufzeit des Vertrages einmalig zu 100% 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 zu 100% bis zu 4.000 Euro je Ohr erstattungsfähig.

c) Aufwendungen für orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen (maximal 4 Paare innerhalb von 2 Versicherungsjahren) sowie Einlagen (maximal 2 Paare innerhalb von 2 Versicherungsjahren) sind zu 100% erstattungsfähig. Bei orthopädischen Schuhen wird ein pauschaler Eigenanteil für normales Schuhwerk in Höhe von 100 Euro in Abzug gebracht.

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.

   Diese Hilfsmittel sind zu 100% erstattungsfähig, sofern

   - das Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerstversorgung bezogen wird oder
   - der Anschaffungspreis eines Hilfsmittels nicht mehr als 500 Euro beträgt oder
   - nicht zu erwarten ist, dass bei mehrfach innerhalb eines Versicherungsjahres bezogenen Hilfsmitteln gleicher Art und Güte die Anschaffungskosten einen Gesamtpreis von 500 EUR übersteigen oder
   - bei einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 Euro der Concierge-Service von ottonova mit der Beschaffung beauftragt wird. 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 500 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 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 zu 100% erstattungsfähig.

Die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung unter Buchstabe M findet auf Hilfsmittel keine Anwendung.

(E) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers:

Bei erstattungsfähigen Aufwendungen für Hebammen bzw. eines Entbindungspflegers gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

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.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden, sofern diese nicht Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers betreffen.

(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers

Bei Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers, die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechenbar sind, einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.

Sofern eine durch einen Heilpraktiker erbrachte Leistung gemäß GebüH berechenbar ist, verzichtet ottonova auf den Einwand nicht schulmedizinisch anerkannter Behandlung nach § 4 Abs. 3 a) AVB/KKV.

Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu den im GebüH genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers ist auf maximal 1.000 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

(G) Sonstige ambulante Leistungen

(1) Allgemeines

Bei Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten sonstigen ambulanten Leistungen gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

(2) Häusliche Pflege

a) 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.

b) 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.

c) Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen für Leistungen gemäß Buchstaben a) und b) als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(3) Ambulante Palliativversorgung

Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung haben Versicherte Anspruch auf Leistungen durch ambulante Hospizdienste oder durch ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(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 Versiche-

rungsjahren erstattungsfähig. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(H) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung

Bei Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten Leistungen gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung:

a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115 a SGB V (siehe Anhang),

b) gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,

c) gesondert berechenbare wahlärztliche oder privatärztliche Leistungen,

d) gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,

e) gesondert berechenbare Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers und

f) gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns des stationären Aufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden bei einer Behandlung in Deutschland neben den Leistungen gemäß Buchstaben b) bis f) maximal 200% der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. maximal 200% der tagesgleichen Pflegesätze nach Bundespflegesatzverordnung erstattet.

Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Buchstabe a) die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch Leistungen gemäß Buchstaben b) bis f) abgegolten werden.

(I) Rehabilitationsmaßnahmen

(1) 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 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 oder stationäre AHB sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig.

ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann und die AHB medizinisch notwendig ist. Bei einer stationären AHB wird darüber hinaus die vorherige Zusage nur erteilt, wenn eine ambulante Durchführung der AHB medizinisch nicht möglich oder nicht sinnvoll ist.

Bei stationärer AHB sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung nach Buchstabe M Leistungen gemäß Buchstabe H Abs. 1 erstattungsfähig.

Bei ambulanter AHB sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung nach Buchstabe M 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) Entwöhnungsbehandlung

a) Erstattungsfähige Aufwendungen

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

ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern

- eine stoffgebundene Sucht vorliegt,
- kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann und
- die Entwöhnungsbehandlung medizinisch notwendig ist und nicht aufgrund einer Nikotinsucht stattfindet.

Bei **stationärer** Behandlung sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung nach Buchstabe M Leistungen gemäß Buchstabe H Abs. 1 a) erstattungsfähig.

Bei **ambulanter** Entwöhnung sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung nach Buchstabe M neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der Entwöhnung dienen.

b) Leistungseinschränkung bei Entwöhnungsbehandlungen:

Es ist maximal eine ambulante oder eine stationäre Entwöhnungsbehandlung innerhalb von 60 Monaten erstattungsfähig.

Bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung ist die maximale Dauer auf 4 Monate begrenzt; Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie wahl- oder privatärztliche Leistungen sind nicht erstattungsfähig.

(3) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung

a) Erstattungsfähige Aufwendungen

Aufwendungen für stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig.

ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann und die Rehabilitationsmaßnahme (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) medizinisch notwendig ist.

Bei **stationärer** Rehabilitation (nicht Entwöhnungsbehandlungen) sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung nach Buchstabe M Leistungen gemäß Buchstabe H Abs. 1 erstattungsfähig.

Bei **ambulanter** Rehabilitation sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung nach Buchstabe M neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

b) Leistungseinschränkung bei sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung:

Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung), die weder eine AHB nach Abs. 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Abs. 2 darstellen, sind innerhalb der Vertragslaufzeit maximal bis zu 2.500 Euro erstattungsfähig.

(J) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen

Bei erstattungsfähigen Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten stationären oder teilstationären Hospizleistungen gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen.

In diesen Fällen haben Versicherte Anspruch auf stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(K) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

(1) Allgemeines

Bei erstattungsfähigen Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

(2) 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 die Klinik stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

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

(3) 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 zum Krankenhaus steht eine Krankenfahrt zu

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

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.

(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.

(L) Rücktransport und Leistungen im Todesfall

(1) Allgemeines

Für erstattungsfähige Aufwendungen für den nachfolgend aufgeführten Rücktransport und die Leistungen im Todesfall gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

Im Übrigen gilt der Versicherungsschutz nach Buchstabe L mit Ausnahme der Regelung Abs. 6 nur bei Auslandsreisen mit einer Dauer von maximal 2 Monaten. Für Reisen in ein Land, dessen Staatsbürgerschaft die versicherte Person besitzt, besteht kein Versicherungsschutz bezüglich Rücktransport und Leistungen im Todesfall.

(2) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland nach Deutschland

Erstattungsfähig sind die Mehrkosten, die durch den Rücktransport einer versicherten Person aus dem Ausland an einen zur Weiterbehandlung geeigneten Ort nach Wahl des Versicherungsnehmers in Deutschland entstehen, sofern ottonova mit der Organisation des Rücktransportes beauftragt wird und

- der Rücktransport medizinisch notwendig ist, d.h. dass in der Umgebung des Aufenthaltsorts im Ausland eine medizinisch adäquate Behandlung nicht möglich ist und durch den Verbleib des Versicherten mit einer Gesundheitsschädigung zu rechnen wäre oder
- der stationäre Aufenthalt im Ausland die Dauer von 14 Tagen voraussichtlich übersteigen wird und der Versicherungsnehmer in der ersten Woche des KH-Aufenthalts im Ausland den Rücktransport nach Deutschland bei ottonova beantragt.

(3) Leistungen für am Aufenthaltsort verbleibende Kinder und Jugendliche

Verbleibt ein versichertes Kind bzw. Jugendlicher – dies umfasst Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – im Ausland, weil die erwachsene Begleitperson verstorben ist, zurücktransportiert werden musste oder eine andere Person beim Rücktransport zu begleiten hatte und ist keine weitere erwachsene Begleitperson am Aufenthaltsort mehr verfügbar, sind die Mehrkosten einer sofortigen Rückreise für das versicherte Kind bzw. Jugendlichen an einen Ort nach Wahl des Versicherungsnehmers in Deutschland erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind ausschließlich Mehrkosten von solchen Rückreisen, mit deren Organisation ottonova beauftragt wurde.

(4) Festlegung der Mehrkosten

Mehrkosten gemäß Abs. 2 und Abs. 3 sind die Kosten, die für die versicherte Person durch den Rücktransport bzw. Rückreise entstehen, abzüglich der für ein bestehendes Rückreiseticket ggf. zurückerstatteten Kosten. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Aufforderung durch ottonova die Stornierung oder Umbuchung des Rückreisetickets zu beantragen bzw. an dessen Rückerstattung nach besten Kräften mitzuwirken. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nach, ist ottonova berechtigt, den gesamten Wert des Rückreisetickets von den Kosten des Rücktransportes bzw. der Rückreise in Abzug zu bringen.

(5) Erwachsene Begleitperson

Besteht für ein versichertes Kind bzw. Jugendlichen – dies umfasst Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – Anspruch auf einen Rücktransport gemäß Abs. 2 oder eine Rückreise gemäß Abs. 3, so sind die Reisekosten für eine erwachsene Begleitperson erstattungsfähig, wenn diese das Kind bzw. den Jugendlichen während des Rücktransportes oder der Rückreise begleitet.

Erstattungsfähig sind ausschließlich Kosten solcher Reisen, mit deren Organisation ottonova

beauftragt wurde.

(6) Überführung des Leichnams im Todesfall

Verstirbt eine versicherte Person und soll die Beisetzung in einem anderen Land als dem Sterbeland stattfinden, so sind die Überführungskosten des Leichnams zum Ort, an dem die Beisetzung stattfinden soll, bis zu einer Höhe von maximal 10.000 Euro erstattungsfähig.

Verbleibt ein versichertes Kind bzw. Jugendlicher – dies umfasst Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – allein in Deutschland oder im Ausland, weil die erwachsene Begleitperson verstorben und keine weitere erwachsene Begleitperson am Aufenthaltsort verfügbar ist, sind die Kosten bzw. Mehrkosten einer sofortigen Rückreise für das versicherte Kind bzw. den Jugendlichen an den Ort, an den der Leichnam verbracht wird, erstattungsfähig. Die Bestimmung gemäß Abs. 5 gilt in diesem Fall entsprechend.

(M) Allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung

Die allgemeine Selbstbeteiligung beträgt 10% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die zu tragende Selbstbeteiligung beträgt für alle Leistungen, die der Regelung zur allgemeinen Selbstbeteiligung unterliegen, maximal 500 Euro pro Versicherungsjahr.

Beispiel: Eine versicherte Person reicht in einem Versicherungsjahr erstattungsfähige Rechnungen in Höhe von 1.000 Euro ein, die der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung unterliegen. Hier beträgt die Selbstbeteiligung in dem betreffenden Versicherungsjahr 100 Euro, die Versicherungsleistung von ottonova also 900 Euro. Ein Jahr später erleidet die versicherte Person einen schweren Unfall. Es fallen erstattungsfähige Behandlungskosten sowie sonstige ambulante und stationäre Leistungen von insgesamt 32.000 EUR in dem Versicherungsjahr an, die ebenfalls der allgemeinen Regelung zur Selbstbeteiligung unterliegen. Jetzt greift die Regelung, dass maximal 500 Euro Selbstbeteiligung pro Jahr anfallen, die Versicherungsleistung beträgt mithin 31.500 Euro.

Berechnung der Selbstbeteiligung bei unterjährigem Versicherungsbeginn und bei Tarifwechsel

Im Jahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die maximal zu tragende Selbstbeteiligung entsprechend dem Anteil der im Jahr des Versicherungsbeginns versicherten Monate.

Bei unterjährigem Tarifwechsel gilt im Jahr des Tarifwechsels die jeweilige Regelung zur allgemeinen Selbstbeteiligung, wobei sich die jeweilige Begrenzung entsprechend dem Anteil der im Jahr des Tarifwechsels zurückgelegter Monate reduziert.

(N) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

a) Die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung (Buchstabe M) findet bei den zahnärztlichen Leistungen keine Anwendung.

b) Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind im Rahmen angemessener Preise erstattungsfähig.

(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.

Die Erstattung der Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung beträgt max. 125 EUR je Behandlung. Pro Versicherungsjahr werden höchstens zwei Behandlungen erstattet.

(4) Zahnersatz

Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind zu 60% erstattungsfähig. Es gilt die Leistungsstaffel nach Abs. 8.

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.

Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres von 60 % auf 90%, sofern vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht wird.

Bei Erwachsenen ab Vollendung des 21. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsprozentsatz von 60 % auf 90%, sofern

a) von ottonova vor Beginn der Behandlung eine Kostenzusage aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplanes erteilt wurde und

b) in den dem Behandlungsjahr vorausgehenden 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 First Class Expats (incoming) vorangingen, mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen wird auf die Bedingung der Einreichung des Heil- und Kostenplanes verzichtet, sofern bereits bestehender Zahnersatz wiedereingesetzt oder repariert wird.

(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 60% erstattungsfähig. Es gilt die Leistungsstaffel nach Abs. 8.

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

Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres von 60 % auf 90%, sofern vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht wird.

Bei Erwachsenen ab Vollendung des 21. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsprozentsatz von 60% auf 90%, sofern

a) von ottonova vor Beginn der Behandlung eine Kostenzusage aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplanes erteilt wurde und

b) in den dem Behandlungsjahr vorausgehenden drei Kalenderjahren mindestens einmal jährlich professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

Es wird unterstellt, dass bei der versicherten Person in den drei Kalenderjahren, die dem ersten Versicherungsjahr nach Tarif First Class Expats (incoming) vorangingen, mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 60% erstattungsfähig. Es gilt die Leistungsstaffel nach Abs. 8.

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

Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres von 60 % auf 90%, sofern vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan bei ottonova eingereicht wird. Wird überdies die gesamte kieferorthopädische Maßnahme vor Vollendung des 21. Lebensjahres beendet und durch den Zahnarzt bestätigt, dass sie vollständig und erfolgreich abgeschlossen wurde, so wird die bis dahin angefallene Eigenbeteiligung von 10% an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Bei Erwachsenen ab Vollendung des 21. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsprozentsatz von 60 % auf 90%, sofern

a) von ottonova vor Beginn der Behandlung eine Kostenzusage aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplanes erteilt wurde und

b) in den dem Behandlungsjahr vorausgehenden 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 First Class Expats (incoming) vorangingen, mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

(7) Heil- und Kostenplan

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der gemäß den Anforderungen der Absätze (4) bis (6) vor Behandlungsbeginn eingereicht wird, sind zu 100% erstattungsfähig.

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

(8) Leistungseinschränkungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen

Die Leistungen von ottonova für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß den Absätzen 4 bis 6 sind begrenzt.

Die Leistung beträgt

- 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 2.000 Euro,
- in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 3.000 Euro,
- in den ersten 60 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 5.000 Euro,

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

(O) Stationär erbrachte zahnärztliche 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.

Bei stationärer Behandlung sind wahl- bzw. privatärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen gemäß den in Buchstabe N genannten Regelungen erstattungsfähig. Bezüglich der in Buchstabe N Abs. 8 festgelegten Leistungsstaffel werden ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen zusammengerechnet, d.h. für den Erstattungsumfang ist es nicht maßgebend, ob die zahnärztliche Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde.

Alle anderen im Rahmen einer stationären zahnärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen (insbesondere allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechnete Unterbringung) werden nach Buchstabe H erstattet.

(P) Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche

(1) Allgemeines

Bei erstattungsfähigen Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten besonderen Leis-

tungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Minderjährige) findet die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung (Buchstabe M) keine Anwendung. Die Leistungen werden stattdessen zu 100% erbracht.

(2) Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Aufwendungen für nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere für psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Behandlungen, sind grundsätzlich erstattungsfähig.

Voraussetzung ist,

- dass 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 dass sie im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung notwendig werden.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer vereinbart hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(3) Pauschale bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Tritt bei einem Minderjährigen nach Versicherungsbeginn erstmals Pflegebedürftigkeit ein und besteht für diesen Versicherungsschutz in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), so bezahlt ottonova einmalig eine Pauschale in Höhe von 2.000 Euro an den Versicherungsnehmer. Sofern dieser nicht der Sorgeberechtigte des Minderjährigen ist, wird die Pauschale entgegen § 7 Abs. 3 AVB/KKV an den Sorgeberechtigten ausbezahlt. Voraussetzung der Zahlung ist, dass die Pflegebedürftigkeit durch einen entsprechenden Bescheid der PPV nachgewiesen wird.

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

Der Anspruch auf die Pauschale in Höhe von 2.000 Euro besteht für jeden versicherten Minderjährigen maximal einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

(4) Krankenhaustagegeld bei schweren Erkrankungen

Wird bei einem Minderjährigen ein stationärer Aufenthalt aufgrund einer nach Versicherungsbeginn eingetretenen und nachstehend aufgeführten schweren Erkrankung notwendig, so zahlt ottonova an den Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld von 75 Euro. Sofern der Versicherungsnehmer nicht der Sorgeberechtigte des Minderjährigen ist, wird das Krankenhaustagegeld entgegen § 7 Abs. 3 AVB/KKV an den Sorgeberechtigten ausbezahlt. Voraussetzung der Zahlung ist, dass zum einen der Eintritt der Erkrankung durch ärztliches Attest nachgewiesen und zum anderen die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts vom Krankenhaus bescheinigt wird.

Als schwere Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten ausschließlich

a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen)

b) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks

c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit

d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)

e) Knochenmarksversagen

f) Multiple Sklerose

g) Operation am Gehirn bei Neubildungen

h) Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes)

i) Organtransplantation, sofern die versicherte Person Empfänger eines Herzens, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Dünndarms, Niere, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmarks ist

j) Amputation oder unfallbedingter Verlust von Hand, Unterarm, Arm, Fuß, Unterschenkel oder Bein

k) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT III)

l) Schwere Entzündung des Gehirns und/oder der Hirnhaut (Enzephalitis bzw. Meningitis) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung

m) Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche

n) 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 begangene Straftat oder auf Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch des Minderjährigen zurückzuführen ist.

Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld ist für jeden versicherten Minderjährigen während der gesamten Vertragslaufzeit auf maximal 30 Tage beschränkt.