



Tarif ottonova Business Class Pro Krankheitskostenvollversicherung

gültig in Verbindung mit AVB / KKV

Ausgabe 02 / 2024

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines.....	4
(A) Aufnahmefähigkeit.....	4
(B) Versicherungsfähigkeit.....	4
(C) Besondere Bedingungen für erwachsene Personen in der Ausbildung.....	4
(1) Versicherungsfähigkeit	
(2) Beitragszahlung	
(3) Ende der besonderen Bedingungen und Fortführung der Versicherung	
(D) Garantierte Beitragsrückerstattung.....	5
(1) Bezugsberechtigter Personenkreis	
(2) Berechnung der garantierten Beitragsrückerstattung	
(3) Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung	
(4) Auszahlung der Beitragsrückerstattung	
(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova	7
(A) Grundsätzliches	7
(B) Gebührenordnungen	7
(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen.....	8
(1) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung)	
(2) Operative Sehschärfenkorrektur	
(3) Ambulante Psychotherapie	
(4) Ambulante Vorsorgeuntersuchungen	
(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel	9
(1) Arznei- und Verbandmittel	
(2) Heilmittel	
(3) Hilfsmittel	
(E) Leistungen einer Hebammie bzw. eines Entbindungspflegers, Geburtshäuser und Entbindungspauschale.....	12
(F1) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers nach GebÜH oder nach Hufelandverzeichnis	12
(F2) Osteopathische und chiropraktische Leistungen durch nicht-ärztliche Behandelnde	13
(F3) Maximale Erstattung der Leistungen gemäß (F1) und (F2)	13
(G) Sonstige ambulante Leistungen	
(H) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung	14
(I) Rehabilitationsmaßnahmen.....	15

(J) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen	18
(K) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen.....	18
(1) Rettungs- und Krankentransporte	
(2) Krankenfahrten	
(3) Bergungen	
(L) Rücktransport nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland	20
(1) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland	
(2) Leistungen für am Aufenthaltsort verbleibende Kinder und Jugendliche	
(3) Festlegung der Mehrkosten	
(4) Erwachsene Begleitperson	
(5) Überführung des Leichnams im Todesfall	
(M) Ambulante zahnärztliche Behandlung	21
(1) Allgemeines	
(2) Zahnbehandlung	
(3) Individualprophylaxe	
(4) Zahnersatz	
(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	
(6) Kieferorthopädische Leistungen	
(7) Heil- und Kostenplan	
(8) Leistungseinschränkungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen	
(N) Stationär erbrachte zahnärztliche Behandlung	24
(O) Digitale Gesundheitsanwendungen	24
(P) Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche	25
(1) Allgemeines	
(2) Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen	
(3) Pauschale bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit	
(4) Krankenhaustagegeld bei schweren Erkrankungen	

(I) Allgemeines

(A) Aufnahmefähigkeit

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

(B) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die weder Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), noch Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall bzw. freie Heilfürsorge besteht.

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.

(C) Besondere Bedingungen für erwachsene Personen in der Ausbildung

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den besonderen Bedingungen sind Personen ab dem vollendeten 21. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahres, die sich in einer Ausbildung befinden (z.B. Studium) und für die Versicherungsfähigkeit gemäß (I) (B) besteht. Mitversicherbar ist ab dem vollendeten 21. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahres der nicht berufstätige Ehegatte bzw. Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz.

(2) Beitragszahlung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB / KKV) mit der Maßgabe, dass keine Alterungsrückstellung gebildet wird.

(3) Ende der besonderen Bedingungen und Fortführung der Versicherung

Die Versicherung zu den besonderen Bedingungen endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Absatz (1). Sofern zu diesem Zeitpunkt die Versicherungsfähigkeit nach (I) (B) weiterhin besteht, wird der Tarif ottonova Business Class Pro 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.

(D) Garantierte Beitragsrückerstattung

In Ergänzung zu § 8a AVB / KKV wird eine garantierte Beitragsrückerstattung gemäß nachfolgenden Bedingungen ausgezahlt:

(1) Bezugsberechtigter Personenkreis

Für die garantierte Beitragsrückerstattung ist jede versicherte Person bezugsberechtigt. Für die versicherte Person muss im vorangegangenen gesamten Kalenderjahr ununterbrochen Versicherungsschutz nach Tarif First Class Pro+ oder Business Class Pro bestanden haben. Kein Versicherungsschutz besteht während einer Anwartschafts- oder Ruhenszeit, sodass in diesen Fällen keine garantierte Beitragsrückerstattung gezahlt wird.

Beginnt der Versicherungsschutz im Tarif First Class Pro+ oder Business Class Pro während eines Kalenderjahres, wird für dieses Kalenderjahr keine garantierte Beitragsrückerstattung gezahlt.

(2) Berechnung der garantierten Beitragsrückerstattung

Die Höhe der garantierten Beitragsrückerstattung berechnet sich für die in diesem Tarif versicherten Personen, pro Kalenderjahr wie folgt:

Sie entspricht der Summe der gezahlten Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag), die für das vorangegangene Kalenderjahr für den Tarif entrichtet wurden, dividiert durch 12. Für die Beitragsbefreiung während der Elternzeit gemäß (I) (D) im Tarif First Class Pro+ gelten die Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag) als gezahlt, die ohne Beitragsbefreiung zu zahlen gewesen wären. Gleiches gilt für die Beitragsbefreiung von Kindern gemäß § 8 (2) d) AVB / KKV.

(3) Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung

Die Voraussetzungen für den Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung sind kumulativ:

- (a) Beitragszahlung: Die für das vorangegangene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres vollständig und ohne gerichtliches Mahnverfahren entrichtet.
- (b) Fortbestehen der Versicherung: Für die versicherte Person bestand vom 01. Januar bis zum 30. Juni des Folgejahres ununterbrochener Versicherungsschutz in einer substitutiven Krankenversicherung bei ottonova oder einer Anwartschaftsversicherung auf eine substitutive Krankenversicherung bei ottonova; es sei denn, die versicherte Person ist innerhalb dieses Zeitraumes verstorben.

(c) Es dürfen im vorangegangenen Kalenderjahr keine Leistungen aus einem Krankenvollversicherungstarif von ottonova mit Ausnahme der nachstehenden BRE-unschädlichen Leistungen erfolgt sein:

- Professionelle Zahnreinigung (PZR) gemäß Ziffer 1040 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
- Ärztliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen,
- Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

Werden nachträglich Leistungen erstattet (wenn auch nur anteilig), entfällt der Anspruch auf die Beitragsrückerstattung. BRE-unschädliche Leistungen werden nicht berücksichtigt.

Erfolgte außer für BRE-unschädliche Leistungen eine Kostenerstattung, entfällt die gesamte Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr. Dies gilt unabhängig davon, wie hoch die Leistung war.

Bei Fragen, ob sich eine Rechnung auf die Beitragsrückerstattung auswirkt, hilft der Concierge-Service von ottonova gerne weiter.

(4) Auszahlung der Beitragsrückerstattung

Die Auszahlung der garantierten Beitragsrückerstattung für ein Kalenderjahr erfolgt in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres.

Werden nach Auszahlung der Beitragsrückerstattung Leistungen für das anspruchsberechtigte Kalenderjahr erstattet (wenn auch nur anteilig), so ist die bereits ausgezahlte Beitragsrückerstattung zurückzuerstatten. Der Versicherer ist berechtigt, mit dem Rückzahlungsanspruch aufzurechnen.

ottonova empfiehlt, die Rechnungen zügig einzureichen, damit die Kostenregulierung zeitnah erfolgen kann.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

ottonova möchte, dass seine Versicherten langfristig gesund bleiben oder gesund werden. Daher bietet ottonova mehr als die Leistungen dieses Tarifs und unterstützt mit geeigneten Services. Hierzu arbeitet ottonova mit ausgewiesenen Gesundheitsexperten zusammen. Für weitere Informationen und vor allem, wie diese Angebote in Anspruch genommen werden können, kontaktiere ganz einfach unseren Concierge-Service oder verfolge unsere digitalen Informationen.

(A) Grundsätzliches

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

Die Erstattungssätze beziehen sich auf die jeweils erstattungsfähigen Aufwendungen bzw. Kosten.

Beispiel: Zunächst ist der nach den Versicherungs- und Tarifbestimmungen erstattungsfähige Teil des Rechnungsbetrages zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Erstattungsfähigkeit werden die vom Leistungserbringer in der Rechnung aufgeführten Leistungen bzw. Beträge auf Einklang mit den allgemeinen und spezifischen Erstattungsregeln aus den AVB / KKV (z.B. die medizinische Notwendigkeit) sowie aus den Tarifbedingungen (z.B. vereinbarte Sätze der Gebührenordnungen) hin überprüft und gegebenenfalls angepasst. Von dem erstattungsfähigen Teil wird der Erstattungssatz in Ansatz gebracht.

Ist die Erstattung mit Deckungsgrenzen limitiert, beschränkt sich die Kostenübernahme auf diese Summe.

Rechenbeispiel: Bei einem Erstattungssatz von z.B. 80 % und einem ermittelten erstattungsfähigen Teil des Rechnungsbetrages von z.B. 2.000 Euro werden 1.600 Euro erstattet. Gibt es jedoch eine Deckungsgrenze von z.B. 1.000 Euro, werden nur 1.000 Euro 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 stationärer Behandlung und 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 (1) b) AVB / KKV genügt, sind Gebühren bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig.

Für Aufwendungen der Hebammen bzw. Entbindungsangehörigen sind die Bestimmungen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen maßgebend.

(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

Ist die versicherte Person nicht sicher, ob bei ihren Beschwerden der Besuch beim Hausarzt oder die sofortige Einschaltung eines Facharztes sinnvoll ist, kann sie sich mit dieser Frage gerne an den Concierge-Service von ottonova wenden. Auf Wunsch vereinbart ottonova gerne auch einen Termin bei einem passenden Arzt in der Nähe des Aufenthaltsortes der versicherten Person in Deutschland.

(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
- 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 erstatte oder unzulässig wäre.

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

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

(2) Operative Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Arzneimittel bei einer medizinisch notwendigen operativen Sehschärfenkorrektur. Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf 500 Euro pro Auge begrenzt. Ab dem 25. Monat nach Versicherungsbeginn erhöht sich dieser Betrag auf 1.000 Euro pro Auge und kann alle 24 Monate in Anspruch genommen werden.

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird die Vorlage eines Kostenvoranschlags des operierenden Arztes dringend angeraten.

(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 nicht-ärztliche Psychotherapeuten wird unter den Voraussetzungen des § 4 (1) b) AVB / KKV nur nach Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Neurologie geleistet. Zur Leistungserstattung ist die Diagnosestellung einzureichen.

Pro Versicherungsfall werden die ersten 25 Therapiestunden (inklusive der probatorischen Sitzungen) zu 90 %, alle darüberhinausgehenden Stunden zu 75 % erstattet.

(4) Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Über die in § 1 (2) erster Spiegelstrich AVB / KKV genannten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung hinaus ist auch die gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung eines Glaukoms erstattungsfähig. Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

(1) Arznei- und Verbandmittel

Arzneimittel sind jedenfalls Präparate im Sinne von § 2 Absatz 1 und 4 Arzneimittelgesetz (AMG). Als Arzneimittel im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung und bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

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

Arzneimittel, die zur Empfängnisverhütung verordnet werden, sind nur erstattungsfähig, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. 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

- (a) Aufwendungen für Heilmittel, die von den in § 4 (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 (1) c) AVB / KKV genannten Behandelnden erbracht werden und angemessen sind. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme bzw. ein Entbindungs-pfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.

(3) Hilfsmittel

- (a) Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sind zu 100 % bis zu 300 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren erstattungsfähig.
- (b) Aufwendungen für Hörhilfen sind 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 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren) sowie Einlagen (maximal 2 Paare innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden 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 (z.B. Blutzuckermessgerät mit Sensorik sowie zugehörige Sensoren bei insulinpflichtigen Diabetikern, Blindenhund inkl. Ausbildung, Blindenlesegerät oder Sauerstoffversorgung) 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 einmalig bezogenen 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 Euro 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 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.

(E) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungs pflegers, Geburtshäuser und Entbindungspauschale

- (1) Erstattungsfähig sind im Falle einer Schwangerschaft Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungs pflegers. Erstattungsfähig sind insbesondere auch Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden. Ein Geburtshaus ist eine von Hebammen bzw. Entbindungs pflegern betriebene selbstständige, außerklinische Einrichtung zur Betreuung von Geburten.

- (2) Ohne Kostennachweis wird der bei ottonova versicherten Mutter bei Geburt pro Kind eine Pauschale in Höhe von 400 Euro pro Entbindung gezahlt.

Um eine zeitnahe Auszahlung zu ermöglichen, soll der Versicherungsnehmer die Entbindungs pauschale schriftlich bzw. per Chat beim Concierge-Service anfordern.

(F1) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers nach GebÜH oder nach Hufelandverzeichnis

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers, die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) berechenbar sind und die dort festgelegten Höchstbeträge nicht übersteigen. Erstattungsfähig sind darüber hinaus alle Leistungen eines Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind; soweit diese nicht im GebÜH enthalten sind, gelten die GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstsätzen für ärztliche Leistungen gemäß (II) (B).

Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB / KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.

Verordnete Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel werden ebenfalls erstattet. Naturheilkundliche Präparate, insbesondere homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Arzneimittel, sind jedoch nur erstattungsfähig, sofern diese über eine Zulassung oder Registrierung gemäß dem AMG verfügen.

- (2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.

(F2) Osteopathische und chiropraktische Leistungen durch nicht-ärztliche Behandelnde

Osteopathische Leistungen eines nicht-ärztlichen Behandelnden sind nur erstattungsfähig, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden und der Behandelnde Mitglied eines deutschen Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen deutschen Berufsverband der Osteopathen berechtigt. Chiropraktische Leistungen eines nicht-ärztlichen Behandelnden sind nur erstattungsfähig, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden und der Behandelnde ein Studium zum Chiropraktor oder eine qualitativ vergleichbare Ausbildung absolviert hat.

Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe erstattungsfähig. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die für ärztliche Leistungen nach den GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstsätzen für ärztliche Leistungen gemäß (II) (B) erstattungsfähig sind, gelten immer als in der Höhe angemessen.

Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB / KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.

(F3) Maximale Erstattung der Leistungen gemäß (F1) und (F2)

Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers gemäß (II) (F1) und für osteopathische und chiropraktische Leistungen gemäß (II) (F2) ist zusammen auf 1.000 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

(G) Sonstige ambulante Leistungen

(1) 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 hauswirtschaftlich Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

(2) 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.

(3) Soziotherapie:

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

- ein Behandlungsplan durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vorliegt und
- der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig 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 3 Versicherungsjahren erstattungsfähig.

(4) Vergütungshöhe:

Für Leistungen gemäß (II) (G) (1) bis (3) gilt: Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 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

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) oder Aufwendungen für eine tagesstationäre Behandlung nach § 115e SGB V
- b) gesondert berechenbare Unterbringung bis zur Höhe des Zuschlags für das 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 15. 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 b) bis f) maximal 150 % der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. maximal 150 % der tagesgleichen Pflegesätze nach Bundespflegesatzverordnung erstattet.

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

In Erweiterung von § 5 (5) b) AVB / KKV ist bei akutstationärer Behandlung in einer gemischten Anstalt eine vorherige Zusage nur dann erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung handelt.

(2) Ersatzkrankenhaustagegeld

Sofern während eines akutstationären Krankenhausaufenthalts, für den ottonova leistungspflichtig ist, auf stationäre Wahlleistungen bzw. belegärztliche Leistungen verzichtet wird, zahlt ottonova ein Ersatzkrankenhaustagegeld, und zwar

- 60 Euro für jeden Tag, wenn während des gesamten Krankenhausaufenthalts keine privatärztlichen Leistungen (weder die eines Wahl- noch eines Belegarztes) in Anspruch genommen werden und/oder
- 20 Euro für jeden Tag, an dem keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen wurde.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.

(I) Rehabilitationsmaßnahmen

(1) 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 stati-

onärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.

Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante oder stationäre AHB sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

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

Es wird empfohlen, vor Antritt einer AHB stets die Kostenzusage bei ottonova einzuholen. Denn so kann abgeklärt werden, ob die Voraussetzungen für eine AHB gegeben sind und falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist. Dabei ist zu beachten, dass in den Fällen, bei denen die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z.B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) hat, dieser Anspruch gem. § 5 (1) AVB / KKV dem Anspruch gegenüber ottonova vorgeht.

Bei stationärer AHB sind Leistungen gemäß (II) (H) (1) erstattungsfähig.

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) 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 Leistungen gemäß (II) (H) (1) a) erstattungsfähig.

Bei **ambulanter** Entwöhnung sind 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 Entwöhnsbehandlungen:

Es sind innerhalb von 10 Versicherungsjahren maximal 3 ambulante und/oder stationäre Entwöhnsbehandlungen erstattungsfähig.

Bei einer stationären Entwöhnsbehandlung 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 medizinisch notwendige stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

In Erweiterung von § 5 (5) b) AVB / KKV ist bei stationärer Rehabilitation eine vorherige Zusage nur dann erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung oder eine Entwöhnung handelt.

Bei **stationärer** Rehabilitation (nicht Entwöhnsbehandlungen) sind Leistungen gemäß (II) (H) (1) erstattungsfähig.

Bei **ambulanter** Rehabilitation sind 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 Absatz (1) noch eine Entwöhnsbehandlung nach Absatz (2) darstellen, sind innerhalb von 10 Versicherungsjahren maximal bis zu 5.000 Euro erstattungsfähig.

Es wird empfohlen, vor Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme stets die Kostenzusage bei ottonova einzuholen. Denn so kann abgeklärt werden, ob die Erstattungsvoraussetzungen gegeben sind und falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.

Es ist zu beachten, dass in den Fällen, bei denen die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z.B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) hat, dieser Anspruch gemäß § 5 (1) AVB / KKV dem Anspruch gegenüber ottonova vorgeht.

(J) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen

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 Krankenversicherung e.V. 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) Rettungs- und Krankentransporte

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte

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

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

(2) Krankenfahrten

Medizinisch notwendige Krankenfahrten (auch Taxi, privater PKW und öffentlicher Personennahverkehr) sind zu 100 % erstattungsfähig, sofern es sich um eine medizinisch notwendige Krankenfahrt von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus handelt. Bei der Nutzung eines privaten PKW gilt eine Pauschale von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer auf direktem Weg.

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

- einer ambulant durchgeführten Dialysebehandlung, eine Strahlen- oder Chemotherapie,
- einer ambulant durchgeführten Operation oder einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V oder einer tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V,
- 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, sowie
- einer ambulant durchgeführten Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr

gleich.

Wird für die Fahrt von oder zur Behandlung eine Entfernung von nicht mehr als 100 km zurückgelegt, gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

Organisation der Krankenfahrten von ottonova: Bei der erkennbaren Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten (z.B. bei Dialysebehandlung) hat der Versicherungsnehmer ottonova dies unverzüglich anzugeben. ottonova ist berechtigt, die zukünftigen sich wiederholenden Krankenfahrten zu organisieren. Wenn ottonova dies tut, wird der Versicherungsnehmer im Voraus entsprechend informiert.

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

(3) 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 nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland

(1) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland

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 Rücktransport vom Versicherungsnehmer oder von ottonova gefordert wird, weil der noch verbleibende stationäre Aufenthalt im Ausland die Dauer von 14 Tagen voraussichtlich übersteigen würde und einem Rücktransport nach Deutschland und der dortigen Weiterbehandlung keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

(2) 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.

(3) Festlegung der Mehrkosten

Mehrkosten gemäß Absatz (1) und (2) 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.

(4) Erwachsene Begleitperson

Besteht für ein versichertes Kind bzw. Jugendlichen – dies umfasst Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – Anspruch auf einen Rücktransport gemäß Absatz (1) oder eine Rückreise gemäß Absatz (2), 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.

(5) Überführung des Leichnams im Todesfall

Verstirbt eine versicherte Person außerhalb Deutschlands und soll die Beisetzung an einem anderen Ort als dem Sterbeort 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.

(M) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

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

Besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akupunktur oder Hypnose, die im Zusammenhang mit den in Absätzen (2) bis (6) beschriebenen Leistungen erbracht werden, sind bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig.

(2) Zahnbehandlung

Aufwendungen für 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

Aufwendungen für die in der GOZ aufgeführten prophylaktischen Leistungen (siehe in Kapitel B der GOZ) sind zu 100 % erstattungsfähig.

Die Erstattung der Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung (PZR) beträgt max. 125 Euro je Behandlung. Sofern ottonova mit einem Zahnärztenetzwerk zusammenarbeitet und die PZR von einem Mitglied dieses Zahnärztenetzwerkes verantwortet wird, entfällt die vor- genannte Begrenzung. Pro Versicherungsjahr werden höchstens 2 Behandlungen erstattet.

Es wird empfohlen einmal pro Jahr eine PZR durchführen zu lassen.

(4) Zahnersatz

Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind zu 80 % erstattungsfähig. Sofern ottonova mit einem Zahnärztenetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztenetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90 %. Während den ersten 4 Versicherungsjahren gilt die Leistungsstaffel nach Absatz (8).

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

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

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

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

(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 80 % erstattungsfähig. Sofern ottonova mit einem Zahnärztenetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztenetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90 %. Während den ersten 4 Versicherungsjahren gilt die Leistungsstaffel nach Absatz (8).

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

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

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 80 % erstattungsfähig. Sofern ottonova mit einem Zahnärztenetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztenetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90 %. Während den ersten 4 Versicherungsjahren gilt die Leistungsstaffel nach Absatz (8).

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

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

Wird die gesamte kieferorthopädische Maßnahme vor Vollendung des 21. Lebensjahres beendet und durch den Zahnarzt bestätigt, dass sie vollständig und erfolgreich abgeschlossen wurde, so wird eine bis dahin angefallene Eigenbeteiligung an den Versicherungsnehmer zurückgestattet.

(7) Heil- und Kostenplan

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der 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 in den ersten 4 Versicherungsjahren begrenzt.

Die Leistung beträgt

- im ersten Versicherungsjahr maximal 500 Euro,
- in den ersten beiden Versicherungsjahren insgesamt maximal 1.000 Euro,
- in den ersten 3 Versicherungsjahren insgesamt maximal 2.000 Euro und
- in den ersten 4 Versicherungsjahren insgesamt maximal 4.000 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.

(N) 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 (II) (M) genannten Regelungen erstattungsfähig. Bezüglich der in (II) (M) (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 (II) (H) erstattet.

(O) Digitale Gesundheitsanwendungen

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

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

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

(P) Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche

(1) Allgemeines

Die Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten besonderen Leistungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Minderjährige) sind zu 100 % erstattungsfähig.

(2) Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Aufwendungen für nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere für psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Behandlungen, sind unter den nachstehenden Voraussetzungen erstattungsfähig.

Bedingung 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 Krankenversicherung e.V. 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, so bezahlt ottonova einmalig eine Pauschale in Höhe von 10.000 Euro an den Versicherungsnehmer. Sofern dieser nicht der Sorgeberechtigte des Minderjährigen ist, wird die Pauschale entgegen § 7 (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 10.000 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 für jeden Tag eines dadurch bedingten tatsächlichen stationären Aufenthaltes ein Krankenhaustagegeld von 100 Euro. Sofern der Versicherungsnehmer nicht der Sorgeberechtigte des Minderjährigen ist, wird das Krankenhaustagegeld entgegen § 7 (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)

- I) 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 begangenen Straftat oder auf Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch des Minderjährigen zurückzuführen ist.

Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld ist für jeden versicherten Minderjährigen während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt auf maximal 50 Tage beschränkt.