ottonova

Tarif ottonova Study Smart Krankheitskostenvollversicherung

gültig in Verbindung mit AVB/KKV

Ausgabe 08 / 2023

on-tbstudysmart-0001

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostraße 4
80333 München

Servicetelefon: +49 89 12 1407 12
ottonova.de

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines 4
(A) Aufnahmefähigkeit 4
(B) Versicherungsfähigkeit 4
(C) Beitragszahlung 4
(D) Beitragsanpassung 4
(E) Ende und Fortführung der Versicherung 4

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova 5
(A) Allgemeines 5
(1) Erstattungsfähigkeit 5
(2) Keine Erstattungsfähigkeit 5
(B) Gebührenordnungen 5
(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen 6
(1) Primärärzte 6
(2) Weiterbehandlung: Überweisung durch Primärärzte 6
(3) Einschaltung des Concierge Services von ottonova statt Überweisung durch Primärarzt 6
(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird 7
(5) Naturmedizin durch Ärzte 7
(6) Ambulante Psychotherapie 7
(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel 7
(1) Allgemeines 7
(2) Arznei- und Verbandmittel 7
(3) Heilmittel 8
(4) Hilfsmittel 8
(E) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers, Geburtshäuser 9
(F) Sonstige ambulante Leistungen 9
(1) Häusliche Pflege 9
(2) Ambulante Palliativversorgung 10
(3) Soziotherapie 10
(4) Vergütungshöhe 10
(G) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung 10
(1) Erstattungsfähige Aufwendungen 10
(2) Ersatzkrankenhaustagegeld 11

(H) Rehabilitationsmaßnahmen 11
(1) Anschlussheilbehandlung (AHB) 11
(2) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung 12
(3) Leistungseinschränkung bei sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung 12
(I) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen 12
(J) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen 13
(1) Rettungs- und Krankentransporte 13
(2) Krankenfahrten 13
(3) Bergungen 14
(K) Rücktransport nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland 14
(1) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland 14
(2) Festlegung der Mehrkosten 14
(3) Überführung des Leichnams im Todesfall 14
(L) Ambulante zahnärztliche Behandlung 14
(1) Allgemeines 14
(2) Zahnbehandlung 14
(3) Individualprophylaxe 15
(4) Zahnersatz 15
(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 15
(6) Kieferorthopädische Leistungen 15
(7) Heil- und Kostenplan 16
(8) Leistungseinschränkungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen 16
(M) Stationär erbrachte zahnärztliche Behandlung 16
(N) Digitale Gesundheitsanwendungen 17

(I) Allgemeines

(A) Aufnahmefähigkeit

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

(B) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahres, die sich in einer Ausbildung befinden (z.B. Studium). Mitversicherbar ist ab dem vollendeten 16. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahres der nicht berufstätige Ehegatte bzw. Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz.

(C) Beitragszahlung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 AVB/KKV mit der Maßgabe, dass keine Alterungsrückstellung gebildet wird. Abweichend von § 8 (1) b) AVB/KKV beginnen die Beiträge der Erwachsenen ab Vollendung des 16. Lebensjahres. Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter und der zuzuordnenden Altersgruppe. Bei Vollendung des 18., 23., 28., 30. bzw. 34. Lebensjahres ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der betroffene Monatsbeitrag setzt sich anteilig zusammen.

(D) Beitragsanpassung

Abweichend von § 9 (1) b) AVB/KKV gilt:

Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(E) Ende und Fortführung der Versicherung

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß (I) (B). Sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt nicht versicherungspflichtig in der GKV ist, besteht das Recht des Versicherungsnehmers, die Versicherung ab dem Zeitpunkt, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach (I) (B) folgt, in jedem für den Neuzugang geöffneten Vollversicherungstarif von ottonova fortzuführen, für den zu diesem Zeitpunkt Versicherungsfähigkeit besteht. Die Fortführung findet ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten statt, sofern der Versicherungsnehmer sie spätestens drei Monate nach dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif Study Smart beantragt. Der Vollversicherungstarif kann im Rahmen dieser Regelung auch um Tarife des Krankentagegeldes und/

oder des Krankenhaustagegeldes ergänzt werden, wenn für jeweils diesen zu diesem Zeitpunkt Versicherungsfähigkeit besteht. Bestehende Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen werden dabei übernommen, bestehende Risiko- oder Auslandszuschläge im gleichen Verhältnis zum neuen monatlichen Beitrag entsprechend angepasst.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines

(1) Erstattungsfähigkeit

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

(2) Keine Erstattungsfähigkeit

Nicht erstattungsfähig sind

- Aufwendungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung). Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verordneten Arzneimittel.
- Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers. Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der Behandlung auch durch einen Heilpraktiker verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.
- Aufwendungen für osteopathische Leistungen durch nicht-ärztliche Leistungserbringer gemäß § 4 (1) c) und g) AVB/KKV.
- Aufwendungen für eine operative Sehschärfenkorrektur. Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die zur operativen Sehschärfenkorrektur verordneten Arzneimittel.
- Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt wird.
- abweichend von § 4 (3) d) AVB/KKV Aufwendungen für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen.

Vorstehende Leistungsausschlüsse gelten ungeachtet sonstiger Regelungen in diesem Tarif.

(B) Gebührenordnungen

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

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

(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

(1) Primärärzte

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

Als Primärärzte gelten ausschließlich:

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Erst- und Folgebehandlung durch Primärärzte sind zu 100 % erstattungsfähig.

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

(2) Weiterbehandlung: Überweisung durch Primärärzte

Sofern der Primärarzt die Weiterbehandlung durch einen Facharzt empfiehlt, der kein Primärarzt ist, ist eine entsprechende Überweisung des Primärarztes zusammen mit der Rechnung des weiterbehandelnden Facharztes bei ottonova einzureichen. Diese muss neben dem Namen des Versicherten das Überweisungsdatum, den Überweisungsgrund (Indikation) sowie die aufzusuchende Fachrichtung des Facharztes enthalten. Die Überweisung durch den Primärarzt besitzt Gültigkeit bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für die Dauer von 6 Monaten ab Überweisungsdatum. Sofern die Behandlung über 6 Monate hinaus fortgesetzt werden muss, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Weiterbehandlung nach Überweisung durch einen Primärarzt sind zu 100 % erstattungsfähig.

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

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

diesbezügliche Bestätigung in Textform an die versicherte Person veranlasst. Diese Bestätigung ist der Überweisung durch den Primärarzt gleichgestellt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen bei fachärztlicher Behandlung mit Bestätigung des Concierge Services von ottonova sind zu 100 % erstattungsfähig.

(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird

Erfolgt eine Behandlung bei einem Arzt, der kein Primärarzt gemäß (C) (1) ist, ohne eine entsprechende Überweisung gemäß (C) (2) und ohne die Bestätigung gemäß (C) (3), sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen sowie die im Zuge der Behandlung verordneten Arznei- und Verbandmittel nur zu 80 % erstattungsfähig.

(5) Naturmedizin durch Ärzte

Erstattungsfähig sind gemäß den Bestimmungen des Primärarztprinzips (C) (1) bis (4) auch ärztliche Leistungen, die im Hufelandverzeichnis beschrieben sind. Für die Beurteilung der Erstattungsfähigkeit dieser ärztlichen Leistungen sowie der verordneten Arznei- und Verbandmittel findet § 4 (3) AVB/KKV keine Anwendung.

(6) Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für eine ambulante ärztliche Psychotherapie sind erstattungsfähig.

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

Pro Versicherungsfall sind die ersten 25 Therapiestunden (inklusive der probatorischen Sitzungen) zu 100 % erstattungsfähig, darüber hinaus zu 50 %.

(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

(1) Allgemeines

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

(2) Arznei- und Verbandmittel

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

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

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

(3) Heilmittel

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel sind in jedem Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 Euro zu 80 % erstattungsfähig, darüber hinaus zu 100 %.

(4) Hilfsmittel

a) Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sind zu 100 % bis zu 100 Euro innerhalb von 60 Monaten 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 36 Monaten) sowie Einlagen (maximal 2 Paare innerhalb von 36 Monaten) 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 Sensortechnik 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.

Sie 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 – 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 ohne Absprache mit ottonova angeschafft wird, nur zu 60 % 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 Entbindungspflegers, Geburtshäuser

Erstattungsfähig sind im Falle einer Schwangerschaft Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. 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. Entbindungspflegern betriebene selbständige, außerklinische Einrichtung zur Betreuung von Geburten.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

(F) Sonstige ambulante Leistungen

(1) Häusliche Pflege

a) Erstattungsfähig sind 100 % der 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 sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(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. Erstattungsfähig sind 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(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 Psychotherapieeinen 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 zu 100 % für bis zu 120 Stunden innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.

(4) Vergütungshöhe

Für Leistungen gemäß (F) (1) bis (F) (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.

(G) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

a. allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (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.

b) Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden bei einer Behandlung in Deutschland neben den Leistungen gemäß (G) (1) a) Buchstaben b. bis e. maximal 150 % der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. maximal 150 % der tagesgleichen

Pflegesätze nach Bundespflegesatzverordnung erstattet.

Im Übrigen fällt nachstehende Eigenbeteiligung an:

Für jeden Tag eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt und für den ottonova leistungspflichtig ist, fällt eine Eigenbeteiligung von 150 Euro an. Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.

c) Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen gemäß (G) (1) a) Buchstabe a. die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch Leistungen gemäß (G) (1) a) Buchstaben b. bis e. abgegolten werden.

d) In Erweiterung von § 5 (5) b) AVB/KKV ist bei akutstationärer Behandlung in einer gemischten Anstalt eine vorherige Zusage nur dann erforderlich, wenn 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 das nachstehende Ersatzkrankenhaustagegeld:

- 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.

(H) 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 stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.

Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante oder stationäre AHB sind zu 100 % 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 nur 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 gemäß § 5 (1) AVB/KKV dem Anspruch gegenüber ottonova vorgeht.

Bei einer erstattungsfähigen stationären AHB sind sämtliche Leistungen gemäß (G) (1) umfasst.

Bei einer erstattungsfähigen ambulanten AHB sind neben den Aufwendungen für die Therapie auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen zu 100 % erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

(2) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) sind zu 100 % erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

Nicht erstattungsfähig sind jedoch Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen.

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 sind sämtliche Leistungen gemäß (G) (1) umfasst.

Bei ambulanter Rehabilitation sind neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen zu 100 % erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

⚠ Es wird empfohlen, vor Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme stets die Kostenzusage bei ottonova einzuholen. Denn nur 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 gem. § 5 (1) AVB/KKV dem Anspruch gegenüber ottonova vorgeht.

(3) Leistungseinschränkung bei sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Aufwendungen für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung) gemäß (H) (2) sind in Summe innerhalb von 36 Monaten maximal bis zu 1.500 Euro erstattungsfähig.

(I) 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.

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.

Erstattungsfähige Aufwendungen für die stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen sind zu 100 % erstattungsfähig.

(J) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

(1) Rettungs- und Krankentransporte

Erstattungsfähig sind zu 100 % 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 gefahrenem Kilometer.

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

gleich.

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

Organisation der Krankenfahrten von ottonova: ottonova ist bei sich wiederholenden Krankenfahrten (z.B. bei Dialysebehandlung) berechtigt, die zukünftige Leistung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankenfahrt von ottonova organisiert wird. Hierüber wird ottonova den Versicherungsnehmer im Voraus informieren.

Sofern eine versicherte Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport zu 100 % erstattungsfähig. Alle vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen gelten dann entsprechend für den Krankentransport.

(3) Bergungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % 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, maximal jedoch in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Versicherungsfall.

(K) Rücktransport nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland

(1) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind zu 100 % 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) Festlegung der Mehrkosten

Mehrkosten gemäß (K) (1) 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.

(3) 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, zu 100 % erstattungsfähig, maximal jedoch bis zu einer Höhe von 10.000 Euro.

(L) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

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

(2) Zahnbehandlung

Erstattungsfähige 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 (L) (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 maximal 80 Euro pro Versicherungsjahr. Pro Versicherungsjahr wird höchstens eine Behandlung erstattet.

(4) Zahnersatz

Erstattungsfähige zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind zu 70 % erstattungsfähig.

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 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

Erstattungsfähige funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 70 % erstattungsfähig.

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 angeraten.

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

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen (ab Kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 3) und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind nur erstattungsfähig, sofern die versicherte Person zu Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder an

schweren Kieferanomalien leidet, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Von den erstattungsfähigen Kosten sind 80 % erstattungsfähig.

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 durch den Zahnarzt bestätigt, dass die gesamte kieferorthopädische Maßnahme vollständig und erfolgreich abgeschlossen wurde, wird die bis dahin angefallene 20%ige Eigenbeteiligung an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.

(7) Heil- und Kostenplan

Die erstattungsfähigen 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 Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen

Die Leistungen von ottonova für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß den Absätzen 2, 4, 5 und 6 sind in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn 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 1.500 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.

(M) 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 (L) genannten Regelungen erstattungsfähig. Bezüglich der in (L) (8) festgelegten Leistungsstaffel werden ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen zusammengerechnet, d.h., für den Erstattungsum-

fang 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 gemäß (G) erstattet.

(N) 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“) 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.