



Tarif Business Class

Krankheitskostenvollversicherung

gültig in Verbindung mit AVB/KKV

Ausgabe 06 / 2018

Inhaltsübersicht

(A) Aufnahmefähigkeit.....	4
(B) Versicherungsfähigkeit.....	4
(C) Besondere Bedingungen für erwachsene Personen in der Ausbildung	4
(1) Versicherungsfähigkeit	4
(2) Beitragszahlung	4
(3) Ende der besonderen Bedingungen und Fortführung der Versicherung	4
(A1) Allgemeines	5
(A2) Primärarztprinzip	5
(1) Primärärzte.....	5
(2) Überweisung durch Primärärzte	5
(3) Einschaltung des Concierge Services von ottonova statt Überweisung durch Primärarzt.....	6
(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird	6
(B) Gebührenordnungen.....	6
(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	6
(1) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).....	6
(2) Operative Sehschärfenkorrektur	7
(3) ambulante Psychotherapie	7
(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel:	8
(1) Allgemeines.....	8
(2) Arznei- und Verbandmittel.....	8
(3) Heilmittel	8
(4) Hilfsmittel	8
(E) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers:	10
(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers.....	10
(G) Sonstige ambulante Leistungen.....	10
(1) Allgemeines.....	10
(2) Häusliche Pflege	10
(3) Ambulante Palliativversorgung.....	11
(4) Soziotherapie	11
(H) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung	11
(1) Erstattungsfähige Aufwendungen	11
(I) Rehabilitationsmaßnahmen	12
(1) Anschlussheilbehandlung (AHB)	12
(2) Entwöhnungsbehandlung	13

(3) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung	13
(J) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen	14
(K) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen	14
(1) Allgemeines	14
(2) Rettungs- und Krankentransporte	14
(3) Krankenfahrten	15
(4) Bergungen	15
(L) Rücktransport nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland.....	15
(1) Allgemeines.....	15
(2) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland	16
(3) Leistungen für am Aufenthaltsort verbleibende Kinder und Jugendliche	16
(4) Festlegung der Mehrkosten	16
(5) Erwachsene Begleitperson	16
(6) Überführung des Leichnams im Todesfall.....	17
(M) Allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung.....	17
Tarifstufe Business Class 1:	17
Tarifstufe Business Class 2:	17
(N) Ambulante zahnärztliche Behandlung.....	18
(1) Allgemeines.....	18
(2) Zahnbehandlung	18
(3) Individualprophylaxe	18
(4) Zahnersatz	18
(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	19
(6) Kieferorthopädische Leistungen	19
(7) Heil- und Kostenplan	20
(8) Leistungseinschränkungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.....	20
(O) Stationär erbrachte zahnärztliche Behandlung	20
(P) Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche	21
(1) Allgemeines.....	21
(2) Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen.....	21
(3) Pauschale bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit	21
(4) Krankenhaustagegeld bei schweren Erkrankungen.....	22

(I) Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

(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 Buchstabe B besteht. Mitversicherbar ist ab dem vollendeten 21. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahres der nicht berufstätige Ehegatte bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).

(2) Beitragszahlung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 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 Abs. 1. Sofern zu diesem Zeitpunkt die Versicherungsfähigkeit nach Buchstabe B weiterhin besteht, wird der Tarif Business Class vom nächsten Monat an, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abs. 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.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A1) Allgemeines

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

(A2) Primärarztprinzip

(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 sowie
- Fachärzte für Psychotherapie und/oder Psychiatrie
- Not- oder Bereitschaftsärzte. Dabei gilt im Ausland jeder Arzt, der wegen einer akut auftretenden Erkrankung während einer Auslandsreise aufgesucht wird, als Notarzt.

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) 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 sechs Monate ab Überweisungsdatum. Sofern die Behandlung über sechs Monate hinaus fortgesetzt werden muss, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.

(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

(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird

Erfolgt die Behandlung bei einem Arzt, der kein Primärarzt gemäß Abs. 1 ist ohne eine entsprechende Überweisung gemäß Abs. 2 und ohne die Bestätigung gemäß Abs. 3, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen sowie die im Zuge der Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel um 20% gekürzt. Die unter Buchstabe M geregelte Selbstbeteiligung wird in diesem Fall von den um 20 % gekürzten erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen.

Die vorgenannte Kürzung um 20% erfolgt nicht, sofern zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung eine Überweisung gemäß Abs. 2 oder Bestätigung gemäß Abs. 3 vorliegt.

(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

Allgemeines

Ambulante ärztliche Leistungen unterliegen dem Primärarztprinzip.

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:

(1) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung)

Die Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) unterliegt nicht dem

Primärarztprinzip.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Arzneimittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nur nach vorheriger in Textform erstattungsfähig.

ottonova wird die Zusage erteilen, sofern

- eine organisch bedingte Sterilität der bei ottonova versicherten Person vorliegt und
- zu Beginn der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht zur Herbeiführung der Schwangerschaft besteht. Die Erfolgsaussicht gilt als hinreichend, sofern die Schwangerschaft mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 15% herbeigeführt werden kann.

Sofern die Herbeiführung der Schwangerschaft im Ausland durchgeführt werden soll, wird die Zusage nicht erteilt, wenn die Behandlung nach deutschem Recht nicht zu erstatten oder unzulässig wäre.

Besteht für die Behandlung 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

Die operative Sehschärfenkorrektur unterliegt nicht dem Primärarztprinzip.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Arzneimittel bei einer operativen Sehschärfenkorrektur sind nur nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Sie unterliegen nicht dem Primärarztprinzip. 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

Die ambulante Psychotherapie unterliegt nicht dem Primärarztprinzip.

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.

Pro Versicherungsfall werden die ersten 50 Therapiestunden (inklusive der probatorischen Sitzungen) zu 90%, alle darüberhinausgehenden Stunden zu 75% erstattet.

Die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung unter Buchstabe M findet bei ambulanter

Psychotherapie keine Anwendung.

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

(1) Allgemeines

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

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 erstat-

tungsfähig.

- 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 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 (z.B. 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 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.
- e) 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 hauswirtschaftlich 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 Versicherungsjahren 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

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

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 § 115a) SGB V (siehe Anhang),
- 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 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

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

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 150% der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. maximal 150% 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 akut stationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z.B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.

Aufwendungen für ambulante 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 sind innerhalb von 10 Versicherungsjahren maximal 3 ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen 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 von 10 Versicherungsjahren 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 nächstgelegenen 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 vom oder zum Krankenhaus steht eine Krankenfahrt von oder zu

- einer ambulant durchgeführten Dialysebehandlung, einer Strahlen- oder Chemotherapie
- einer ambulant durchgeführten Operation oder einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V (siehe Anhang) sowie
- einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist,

gleich.

Wird für die Fahrt von oder zur Behandlung eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegenen im Sinne dieser Bedingungen.

Im Rahmen seiner Zusage ist ottonova berechtigt, seine Leistung unter dem Vorbehalt zu stellen, dass die Krankenfahrt von ottonova organisiert wird.

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.

(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 nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland

(1) Allgemeines

Für erstattungsfähige Aufwendungen für den nachfolgend aufgeführten Rücktransport nach

Deutschland und die Leistungen im Todesfall im Ausland gilt die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung. Diese ist unter Buchstabe M festgelegt.

(2) 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 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 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 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 im Ausland, so sind die Überführungskosten des Leichnams an einen Ort in Deutschland nach Wahl des Versicherungsnehmers bzw. dessen Hinterbliebenen bis zu einer Höhe von maximal 10.000 Euro erstattungsfähig.

(M) Allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung

Tarifstufe Business Class 1:

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.

Tarifstufe Business Class 2:

Die allgemeine Selbstbeteiligung beträgt 25% der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die maximal zu tragende Selbstbeteiligung beträgt für alle Leistungen, die der Regelung zur allgemeinen Selbstbeteiligung unterliegen, 1.250 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 250 Euro, die Versicherungsleistung von ottonova also 750 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 1.250 Euro Selbstbeteiligung pro Jahr anfallen, die Versicherungsleistung beträgt mithin 30.750 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.

Beispiel: Bei Tarifwechsel von Business Class 1 in Business Class 2 zum 01.04. eines Jahres, beträgt die Begrenzung der allgemeinen Selbstbeteiligung im Jahr des Tarifwechsels im

Tarif Business Class 1 (3/12*500 Euro=125 Euro) und im Tarif Business Class 2 (9/12*1.250 Euro= 937,50 Euro).

(N) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

- a) Die allgemeine Regelung zur Selbstbeteiligung (Buchstabe M) findet bei 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. Während der ersten 48 Monate nach Versicherungsbeginn 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 80%, sofern vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht wird.

Bei Erwachsenen ab Vollendung des 21. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsprozent-

satz von 60 % auf 80%, 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 Business Class 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. Während der ersten 48 Monate nach Versicherungsbeginn 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 80%, 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 80%, 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 Business Class vorangingen, mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 60% erstattungsfähig. Während der ersten 48 Monate nach Versicherungsbeginn 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 80%, 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 20% an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Bei Erwachsenen ab Vollendung des 21. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsprozentsatz von 60 % auf 80%, 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 Business Class 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 in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Die Leistung beträgt

- in den ersten zwölf 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

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 Leistungen 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 10.000 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 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 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 oder
- 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.