

Tarif:

Grundbaustein Ambulant & Zahn (B22AZ) für Beihilfeempfänger

gültig in Verbindung mit AVB/KKV und „Allgemeiner Teil für die Grundbausteine B21AZ, B22AZ und B21S sowie die Zusatzbausteine B21EC100, B21FC100 und B21BC“.

Ausgabe 08 / 2022

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines

(A) Versicherbare Tarifstufen	3
(B) Änderung des Beihilfebemessungssatzes	3

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines	4
(B) Gebührenordnungen	4
(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	4
(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel	5
(E) Nichtärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt	7
(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers	7
(G) Sonstige nichtärztliche Leistungen	7
(H) Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	9
(I) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen	10
(J) Ambulante zahnärztliche Behandlung	11
(K) Digitale Gesundheitsanwendungen	13

(I) Allgemeines

(A) Versicherbare Tarifstufen

Tarif B22AZ ergänzt die Leistungen der Beihilfe. Der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person für ambulante Leistungen sowie die prozentuale Absicherung gemäß Tarif B22AZ müssen zusammen 100% ergeben. Hierzu sind derzeit folgende Tarifstufen versicherbar, wobei die Zahl am Ende des Namens der Tarifstufe den jeweiligen Erstattungsprozentsatz gemäß Tarif B22AZ angibt:

B22AZ50, B22AZ45, B22AZ40, B22AZ35, B22AZ30, B22AZ25, B22AZ20, B22AZ15 und B22AZ10.

Überdies ist für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfebemessungssatz sich mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht, zusätzlich zur Tarifstufe B22AZ30 die Tarifstufe B22AZK20 versicherbar. Die Versicherung nach Tarif B22AZK20 endet zum Zeitpunkt der vorgenannten Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes, spätestens jedoch mit Vollendung des 68. Lebensjahres.

(B) Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich bei einer versicherten Person der ambulante Beihilfebemessungssatz, hat der Versicherungsnehmer das Recht zu beantragen, dass ottonova den Versicherungsschutz im Rahmen der gemäß Tarif B22AZ versicherbaren Tarifstufen so anpasst, dass die Summe aus ambulante Beihilfebemessungssatz und prozentualer Absicherung 100% ergibt. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, verpflichtet sich ottonova den Antrag ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten anzunehmen. Die Anpassung des Versicherungsschutzes erfolgt dann mit Wirkung zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

(A) Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen in Zusammenhang mit einer ambulanten oder zahnärztlichen Behandlung. Überdies sind Aufwendungen für Transport- und Fahrtkosten sowie für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der versicherten Tarifstufe erstattet.

(B) Gebührenordnungen

Ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig, bei 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 Absatz 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 von Hebammen und Entbindungspflegern sind die Bestimmungen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen maßgebend.

(C) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind erstattungsfähig. Besonderheiten bestehen jedoch bei den folgenden Behandlungen:

(1) Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung)

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

ottonova wird die Zusage erteilen, sofern

- eine organisch bedingte Sterilität der bei ottonova versicherten Person vorliegt und
- zu Beginn der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht zur Herbeiführung der Schwangerschaft besteht. Die Erfolgsaussicht gilt als hinreichend, sofern die Schwangerschaft mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 15% herbeigeführt werden kann. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle eine hinreichende Erfolgsaussicht festgestellt hat, erkennt ottonova diese ohne weitere eigene Prüfung an.

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

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

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

(2) Operative Sehschärfenkorrektur

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für einen operativen Eingriff sind auf 1.300 Euro je Auge begrenzt. Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn ist je Auge maximal ein Eingriff erstattungsfähig.

(3) Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind pro Versicherungsfall für die ersten 50 Therapiestunden inkl. der probatorischen Sitzungen zu 100% erstattungsfähig, alle darüber hinausgehenden Aufwendungen sind zu 75% erstattungsfähig.

(D) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

(1) Arznei- und Verbandmittel

Als erstattungsfähige Arzneimittel im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung, bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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.

(2) Heilmittel

- a) Aufwendungen für Heilmittel, die von den in § 4 Abs. 1 c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, soweit sie im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind und die dort 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 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.

(3) Hilfsmittel

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

Beispiel: Wenn die versicherte Person eine Brille zu einem Rechnungsbetrag von 650 EUR bezieht, sind hiervon maximal 500 EUR erstattungsfähig. Das heißt, der Erstattungsbetrag hängt von der versicherten Tarifstufe ab und berechnet sich wie folgt: Ist beispielsweise die Tarifstufe B22AZ50 versichert, werden 50% von maximal 500 EUR, also 250 EUR ausgezahlt.

- b) Aufwendungen für Hörhilfen sind bis zu 1.500 Euro je Ohr erstattungsfähig. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, sind Aufwendungen für die im Rahmen dieser Versorgung erforderlichen Hörgeräte bis zu 4.000 Euro je Ohr erstattungsfähig.
- c) Aufwendungen für orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen sind für maximal 4 Paare innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattungsfähig, Aufwendungen für Einlagen bis maximal 2 Paare innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei orthopädischen Schuhen wird derselbe pauschale Eigenanteil für normales Schuhwerk von den erstattungsfähigen Aufwendungen in Abzug gebracht wie von der Beihilfe.
- d) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten können. Dies umfasst insbesondere alle beihilfefähigen Hilfsmittel. Bei nicht im Rahmen einer Unfall- oder Notfallversorgung bezogenen Hilfsmitteln mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 1.000 Euro ist der Concierge-Service von ottonova mit der Beschaffung des Hilfsmittels zu beauftragen. Dies gilt auch dann, wenn zu erwarten ist, dass bei mehrfach innerhalb eines Versicherungsjahres zu beziehenden Hilfsmitteln gleicher Art und Güte die Anschaffungskosten einen Gesamtpreis von 1.000 Euro übersteigen werden.

ottonova verpflichtet sich in diesem Fall, das Hilfsmittel entweder unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung über einen Dienstleister der betreffenden versicherten Person zur Verfügung zu stellen oder aber – sofern dies nicht möglich ist – dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel im Sanitätshaus seiner Wahl selbst beschaffen kann. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann in Deutschland auch ein geeignetes Sanitätshaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der betroffenen versicherten Person benannt werden.

Hilfsmittel mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 1.000 Euro, die nicht im Rahmen einer unfall- bzw. notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, sind, sofern das Hilfsmittel anderweitig und ohne Absprache mit ottonova angeschafft wird, nur zu 75% erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind nicht beihilfefähige Aufwendungen für

- den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z.B. Stromkosten und Batterien),

- Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind,
- Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie
- Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten.

Aufwendungen für notwendige Reparaturen und Wartungen von erstattungsfähigen Hilfsmitteln sowie für die Unterweisung in deren Gebrauch sind erstattungsfähig.

(E) Nichtärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

Erstattungsfähig sind im Falle einer Schwangerschaft Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers. Erstattungsfähig sind insbesondere auch Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

Erstattungsfähig sind überdies beihilfefähige Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden, auch wenn diese nicht Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers betreffen.

(F) Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers, die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechenbar sind. Verordnete Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel werden ebenfalls erstattet. Erstattungsfähig sind darüber hinaus alle Leistungen eines Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind, auch wenn diese nicht im GebüH enthalten sind. Nicht erstattungsfähig sind jedoch Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.

(2) Auf den Einwand der nicht schulmedizinisch anerkannten Behandlung nach § 4 Abs. 3 a) Satz 1 AVB/KKV wird bei Leistungen gemäß Abs. 1 verzichtet.

(3) Sofern eine Leistung eines Heilpraktikers in Anlage 2 der Bundesbeihilfeverordnung enthalten ist, ist sie bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers sind auf maximal 2.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren begrenzt.

(G) Sonstige nichtärztliche Leistungen

(1) Allgemeines

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten für Leistungen gemäß den Absätzen 2 bis 5 die mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte, nicht jedoch weniger als bis zur beihilfefähigen Höhe.

(2) Häusliche Pflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind, der vom Arzt verantwortet aber nicht von ihm durchgeführt werden muss.

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung und besteht kein Anspruch gegenüber der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

(3) Palliativversorgung

Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung sind Leistungen durch ambulante Hospizdienste, bzw. ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung erstattungsfähig. Gleiches gilt für die stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen.

(4) Soziotherapie

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

- ein Behandlungsplan durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorliegt und
- der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen oder durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Aufwendungen für Soziotherapie sind für bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren erstattungsfähig.

(5) Sozialpädiatrische Leistungen

Aufwendungen für sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere für psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Behandlungen, sind erstattungsfähig, sofern diese unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und

- entweder erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, damit Gelegenheit besteht, einen hierauf abgestimmten Behandlungsplan zu entwerfen oder
- im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung notwendig werden.

(H) Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB)

Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akut stationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z.B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.

Aufwendungen für ambulante AHB sind erstattungsfähig, sofern kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und die AHB medizinisch notwendig ist. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle die medizinische Notwendigkeit festgestellt hat, erkennt ottonova diese ohne weitere eigene Prüfung an.

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

(2) Ambulante Entwöhnungsbehandlung

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

ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern

- eine stoffgebundene Sucht vorliegt,
- kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und
- die Entwöhnungsbehandlung medizinisch notwendig ist und nicht aufgrund einer Nikotinsucht stattfindet. Für den Fall, dass die zuständige Beihilfestelle die medizinische Notwendigkeit festgestellt hat, erkennt ottonova diese ohne weitere eigene Prüfung an.

(3) Sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, auch ambulante Kuren

Aufwendungen für sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch ambulante Kuren), die weder eine AHB nach Absatz 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind erstattungsfähig, sofern kein weiterer Kostenträger als die Beihilfe in Anspruch genommen werden kann und die ambulante Rehabilitationsmaßnahme (auch ambulante Kur) medizinisch notwendig ist. Letzteres ist insbesondere dann erfüllt, wenn die Maßnahme beihilfefähig ist. Leistungen für sonstige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch ambulante Kuren), die weder eine AHB nach Absatz 1 noch eine Entwöhnungsbehandlung nach Absatz 2 darstellen, sind bis zu 2.500 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig.

(4) Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen

Erstattungsfähig ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, soweit die Aufwendungen hierfür beihilfefähig sind.

(I) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

(1) Rettungs- und Krankentransporte

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte

- von oder zur stationären Behandlung ins 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 erstattungsfähig, 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,
- 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: 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.

(3) Erweiterung Krankenfahrten

Sofern eine gemäß Absatz 2 versicherte Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig. Alle Bedingungen bzw. Voraussetzungen

aus Absatz 2 gelten dann entsprechend für den Krankentransport.

(4) Bergungen

Erstattungsfähig sind Kosten einer Bergung der versicherten Person, sofern die Bergung notwendig ist, um die versicherte Person aus einer Situation zu befreien, in der für sie eine Gefahr für Leib und Leben besteht.

Erstattungsfähig sind Kosten in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Versicherungsfall.

(J) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind erstattungsfähig. Dabei sind die von einem zahntechnischen Labor erbrachten Leistungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie auch ein Zahnarzt gemäß GOZ berechnen kann.

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der vor Behandlungsbeginn bei ottonova eingereicht wird, sind erstattungsfähig.

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

(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.

Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung sind jedoch pro Versicherungsjahr höchstens zweimal, bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 135 EUR je Behandlung erstattungsfähig.



Es wird empfohlen einmal pro Jahr eine PZR durchführen zu lassen. Gerne vereinbart ottonova einen Termin mit einem Zahnarzt deiner Wahl.

(4) Zahnersatz

Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind zu 100% erstattungsfähig. Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

- prothetische Leistungen,
- implantologische Leistungen,

- die Versorgung mit Zahnkronen (z.B. Vollkronen, Teilkronen, Veneers) und
- Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays).

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

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



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.

(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig.

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



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.

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig.

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



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.

(K) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind digitale 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 Abs. 1 a) und 1 b) AVB/KKV und eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nach § 1 Abs. 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.