

# Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort (Tarif BEK)

Die folgende Übersicht soll Ihnen eine schnelle Orientierung über die wichtigsten tariflichen Leistungen geben. Die Inhalte sind verkürzt dargestellt. Die vollständige und rechtsverbindliche Festlegung der Tarifleistungen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen ab Seite 3.

**Der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort erstattet, nach Vorleistung oder Ablehnung der Beihilfe sowie der Vorleistung des Tarifs BeihilfeUpgrade 100% der verbleibenden Kosten der nachstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen.**

## Ambulante Leistungen

### Ärztliche Leistungen

Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für im Tarif genannte Leistungen; Erstattung von Auslandsleistungen nach ortsüblichen Sätzen

### Sehhilfen und operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK)

Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 600 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren; operative Sehschärfenkorrekturen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je Auge, einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren

## Zahnärztliche Leistungen

### Ambulante zahnärztliche Behandlung

Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. GOÄ; Erstattung von Auslandsleistungen nach ortsüblichen Sätzen

### Zahnbehandlung

Zahnersatz, Einlagefüllungen (Inlays), Implantate, Aufbissbehelfe/Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 21. Lebensjahres; auch Brackets, unsichtbare Zahnschienen; keine Altersbeschränkung bei Unfall/schweren Erkrankungen

### Zahntechnische Leistungen

### Summenbegrenzungen in den ersten 3 Kalenderjahren:

1. Kalenderjahr:	1.250 EUR
1. bis 2. Kalenderjahr:	2.500 EUR
1. bis 3. Kalenderjahr:	5.000 EUR

Bei Unfall entfallen die Summenbegrenzungen.

## Stationäre Leistungen für Privatkliniken

in Privatkliniken: bis zum 1,5-fachen Betrag der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe verlangt hätte; keine Begrenzung bei akuten Notfallbehandlungen und im Ausland

## Anspruch auf vorübergehende Beitragsbefreiung

Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif nachversicherten Kindes; für den Geburtsmonat und die darauffolgenden 6 Monate

Beitragsbefreiung für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht oder Elternzeit nimmt; bis zu 6 Monate je Kind



## **Leistungen im Ausland**

### **Inflationsvorsorge/Innovationsvorsorge**

Um den Wert des Versicherungsschutzes bei möglichen Preissteigerungen zu erhalten, können Höchstbeträge angepasst werden. Zusätzlich kann der Versicherungsschutz um zukünftige neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erweitert werden.

# Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort, Teil II; (Teil I: AVB/KKV GU)

<b>A.</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag .....</b>	<b>5</b>
<b>A.1</b>	<b>Altersberechnung .....</b>	<b>5</b>
<b>A.2</b>	<b>Allgemeine und besondere Wartezeiten .....</b>	<b>5</b>
<b>A.3</b>	<b>Versicherungsfähigkeit .....</b>	<b>5</b>
<b>A.4</b>	<b>Sonderbedingungen für Beamtenanwärter .....</b>	<b>5</b>
<b>A.5</b>	<b>Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungs- rückstellungen) .....</b>	<b>5</b>
<b>A.6</b>	<b>Tarifkombinationen .....</b>	<b>5</b>
<b>B.</b>	<b>Leistungsumfang .....</b>	<b>6</b>
<b>B.1</b>	<b>Grundlagen der Leistungserbringung.....</b>	<b>6</b>
B.1.1	Leistungserbringer .....	6
B.1.2	Honorargrenzen .....	6
B.1.3	Besonderheiten bei Reisen in Länder außerhalb der EU/EWR zum Zweck der Behandlungen ..	6
B.1.4	Angemessene Heilbehandlungen .....	6
B.1.5	Anerkannte Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel .....	7
B.1.6	Subsidiaritätsklausel .....	7
B.1.7	Bereicherungsverbot .....	7
B.1.8	Keine Leistungspflicht der LKH .....	7
B.1.9	Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen .....	7
B.1.10	Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen .....	7
B.1.11	Anzeigeobliegenheit bei Krankenhausbehandlung .....	7
<b>B.2</b>	<b>Erstattungsfähige Leistungen und zeitliche Zurechnung .....</b>	<b>7</b>
B.2.1	Erstattungsfähige Leistungen .....	7
B.2.2	Tarifliche Leistungen und deren zeitliche Zurechnung .....	8
<b>B.3</b>	<b>Sehhilfen und operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK) .....</b>	<b>8</b>
<b>B.4</b>	<b>Zahnärztliche Leistungen (ohne Vorsorgeleistungen) .....</b>	<b>8</b>
B.4.1	Heil- und Kostenplan .....	8
B.4.2	Leistungsbegrenzung in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn .....	9
B.4.3	Ambulante zahnärztliche Behandlung .....	9
B.4.4	Stationäre zahnärztliche Behandlung .....	10

B.4.5	Zahnersatz und Einlagefüllungen, Implantate und funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe/Schienen .....	10
B.4.6	Kieferorthopädie .....	11
B.4.7	Zahntechnische Leistungen.....	11
<b>B.5</b>	<b>Stationäre Leistungen für Privatkliniken.....</b>	<b>11</b>
<b>B.6</b>	<b>Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung und während der Elternzeit .....</b>	<b>11</b>
<b>B.7</b>	<b>Leistungen im Ausland.....</b>	<b>12</b>
B.7.1	Erweiterung des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU .....	12
B.7.2	Behandlungen im Ausland.....	13
<b>C.</b>	<b>Inflations- und Innovationvorsorge.....</b>	<b>13</b>
<b>C.1</b>	<b>Inflationsvorsorge .....</b>	<b>13</b>
<b>C.2</b>	<b>Innovationsvorsorge .....</b>	<b>13</b>

## Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort, Teil II

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung – GesundheitsUpgrade, Teil I (AVB/KKV GU).

### A. Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

**A.1 Altersberechnung** Für diesen Vertragspunkt gelten die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gemäß Tarif BeihilfeUpgrade A.1.

**A.2 Allgemeine und besondere Wartezeiten** Für diesen Vertragspunkt gelten die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gemäß Tarif BeihilfeUpgrade A.2.

**A.3 Versicherungsfähigkeit** Für diesen Vertragspunkt gelten die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gemäß Tarif BeihilfeUpgrade A.3.

**A.4 Sonderbedingungen für Beamtenanwärter** Für diesen Vertragspunkt gelten die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gemäß Tarif BeihilfeUpgrade A.5.

**A.5 Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen)** Für diesen Vertragspunkt gelten die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gemäß Tarif BeihilfeUpgrade A.6.

**A.6 Tarifkombinationen** Der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort kann nur zusätzlich zu dem Tarif BeihilfeUpgrade der LKH abgeschlossen werden.

Der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort wird unabhängig vom individuellen Beihilfebemessungssatz der versicherten Person vereinbart.

Die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gem. des Tarifs BeihilfeUpgrade sowie die Grundlagen der Leistungserbringung finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

Endet oder ruht die Versicherung, beispielsweise wegen Nichtzahlung des Beitrags nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) im Tarif BeihilfeUpgrade, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung in diesem Tarif. Es besteht die Möglichkeit, den Tarif in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort kann nicht in Verbindung mit dem Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium abgesichert werden.

## B. Leistungsumfang

### B.1 Grundlagen der Leistungserbringung

**B.1.1 Leistungserbringer** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.1.

**B.1.2 Honorargrenzen** Die Honorare für einen Arzt, Zahnarzt und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gemäß Abs. [B.1.1] (Leistungserbringer) sind bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland jeweils gültigen amtlichen oder berufsständisch eingeführten Gebühren- und Entgeltregelungen erstattungsfähig.

Bei Abschluss einer rechtswirksamen Honorarvereinbarung sind für einen Arzt Honorare auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig, sofern es sich um eine stationäre Behandlung handelt. Für zahnärztliche Behandlungen sowie ambulante Leistungen erfolgt die Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Die Aufwendungen von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Zusätzlich sind die im Hufelandverzeichnis aufgeführten Leistungen bis zu den Höchstsätzen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig.

Für Behandlungen im Ausland gelten die Einschränkungen auf deutsche Gebührenhöchstsätze für ärztliche und zahnärztliche Leistungen oder die Höchstbeträge für stationäre Behandlungen in deutschen Privatkliniken grundsätzlich nicht. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten wird anhand der im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen bemessen. Fehlen diese, bemisst sich die Erstattungsfähigkeit nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen (siehe auch B.6.1 Behandlungen im Ausland).

#### Welche Honorare werden von der LKH als angemessen angesehen?

Honorare nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind dann angemessen, wenn sie nach den objektiven gesetzlichen Bemessungskriterien gerechtfertigt sind.

**B.1.3 Besonderheiten bei Reisen in Länder außerhalb der EU/EWR zum Zweck der Behandlungen** Wenn die versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist, sind entsprechende verbleibende Aufwendungen, abweichend zu Absatz B.7, nur zu 80 % erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Dies gilt nicht, wenn:

- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- vor Reiseintritt eine schriftliche Zusage durch den Versicherer erteilt wurde.

**B.1.4 Angemessene Heilbehandlungen** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.4.

- B.1.5** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Anerkannte** BeihilfeUpgrade B.1.5.  
**Untersuchungs-/**  
**Behandlungs-**  
**methoden und**  
**Arzneimittel**
- B.1.6** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Subsidiaritäts-** BeihilfeUpgrade B.1.6.  
**klausel**
- B.1.7** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Bereicherungs-** BeihilfeUpgrade B.1.7.  
**verbot**
- B.1.8** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Keine Leistungs-** BeihilfeUpgrade B.1.8.  
**pflicht der LKH**
- B.1.9** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Heilbehand-** BeihilfeUpgrade B.1.9.  
**lungen, deren**  
**Kosten voraus-**  
**sichtlich 2.000**  
**EUR übersteigen**
- B.1.10** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Auskunftspflich-** BeihilfeUpgrade B.1.10.  
**ten der LKH über**  
**Gutachten oder**  
**Stellungnahmen**
- B.1.11** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringung gemäß Tarif  
**Anzeigeoblie-** BeihilfeUpgrade B.1.11.  
**genheit bei**  
**Krankenhaus-**  
**behandlung**

## **B.2 Erstattungsfähige Leistungen und zeitliche Zurechnung**

- B.2.1** Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, welche nach Anrechnung etwaiger  
**Erstattungsfä-** beihilfefähigen Leistungen und Leistungen des Tarifs BeihilfeUpgrade entstehen. Der Tarif  
**hige Leistungen** BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort leistet auch dann, wenn die erstattungsfähigen Kosten  
nicht beihilfefähig sind.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden nach der jeweils gültigen Beihilfeverordnung des Bundes oder eines Bundeslandes ermittelt.

Zum Nachweis etwaiger Vorleistungen ist der Beihilfebescheid oder der Ablehnungsbescheid der Beihilfe einzureichen.

In der jeweils geltenden Beihilferegelung vorgesehene Zuzahlungen bzw. Eigen- oder Selbst-behalte (wie z. B. Minderung der Beihilfe oder der beihilfefähigen Aufwendungen) sowie Kostendämpfungspauschalen sind nicht erstattungsfähig. Zudem leistet der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort nicht für Leistungsansprüche, welche durch die Beihilfe aufgrund nicht fristgerechter Einreichung oder fehlender Nachweise abgelehnt wurden. Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind Kosten, die seitens der Beihilfe unrechtmäßig abgelehnt werden.

### **B.2.2 Tarifliche Leistungen und deren zeitliche Zurechnung**

#### **Tarifliche Leistungen:**

Die LKH übernimmt ausschließlich Kosten, zu deren Begleichung der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vertraglich gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer [B.1.1] verpflichtet ist. Diese Kosten werden als Aufwendungen bezeichnet. Als erstattungsfähige Aufwendungen werden die Aufwendungen bezeichnet, die nach dem tariflichen Leistungsversprechen und nach Anrechnung etwaiger Vorleistungen seitens der Beihilfe und Leistungen des Tarifs BeihilfeUpgrade sowie unter Berücksichtigung von Erstattungssätzen, Leistungsbegrenzungen und/oder nach Abzug von Ansprüchen gegenüber Dritten erstattungsfähig sind.

#### Hinweis:

Die beispielsweise in den nachfolgenden Abschnitten verwendete Formulierung "Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für [...]" bezieht sich nur auf den grundsätzlich möglichen Erstattungsrahmen, für welchen Leistung erbracht werden können und stellt kein selbstständiges Leistungsanerkennnis dar.

#### **Zeitliche Zurechnung der tariflichen Leistungen**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die medizinisch notwendigen Behandlungen oder sonstige versicherte Leistung erbracht wurde bzw. in dem die verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel oder Ähnliches bezogen wurden.

### **B.3 Sehhilfen und operative Sehschärfen- korrekturen (z. B. LASIK)**

#### a) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten:

- Brillengestelle und -gläser (auch Sonnenbrillen und Bildschirm-Arbeitsplatzbrillen) sowie
- Kontaktlinsen nebst Kontaktlinsen-Pflegemittel.

Die verbleibenden Aufwendungen für den Kauf, die Anpassung und die Reparatur von Sehhilfen sind zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 600 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.

#### Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Sehhilfen müssen von einem Arzt [B.1.1] verordnet werden. Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung direkt von einem Optiker bezogen werden, sofern dieser eine Refraktions- bzw. Sehstärkenbestimmung durchgeführt hat.

#### b) Operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK)

Der Anspruch auf eine operative Sehschärfenkorrektur (z. B. LASIK) besteht je Auge einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren. Die verbleibenden Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrekturen sind zu 100 % erstattungsfähig und auf einen Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je Auge begrenzt. Die Aufwendungen für die zugehörigen Vor- und Nachuntersuchungen sind ebenfalls im Rahmen des Höchstbetrages erstattungsfähig.

### **B.4 Zahnärztliche Leistungen (ohne Vorsorgeleistungen)**

#### **B.4.1 Heil- und Kostenplan**

Die verbleibenden Aufwendungen für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der vor Behandlungsbeginn eingereicht wird, sind zu 100 % erstattungsfähig.

Hinweis:

Wir empfehlen die Einreichung eines Heil- und Kostenplans ab 5.000 EUR Rechnungsbetrag.

**B.4.2  
Leistungsbe-  
grenzung in den  
ersten 3 Kalen-  
derjahren nach  
Versicherungs-  
beginn**

Die zahnärztlichen Leistungen gemäß Abs. B.4. sind in der Summe wie folgt in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn begrenzt:

- 1.250 EUR während des 1. Kalenderjahres
- 2.500 EUR während der ersten 2 Kalenderjahre und
- 5.000 EUR während der ersten 3 Kalenderjahre.

Ab dem 4. Kalenderjahr entfällt die Summenbegrenzung.

Die Summenbegrenzung findet keine Anwendung auf erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

**B.4.3  
Ambulante  
zahnärztliche  
Behandlung**

Zu den versicherten Leistungen gehören:

a) Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für allgemeine zahnärztliche Leistungen. Ebenfalls erstattungsfähig ist der Einsatz eines Operations-Mikroskops oder Lasers im Rahmen einer zahnmedizinischen Behandlung gemäß des definierten Leistungsumfanges der GOZ.

b) Konservierende Leistungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für konservierende Leistungen einschließlich:

- Kunststoff-/Komposit-Füllungen,
- Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen sowie
- dazugehörige Vor- und Nachbehandlungen.

c) Zahn- und kieferchirurgische Leistungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für zahn- und kieferchirurgische Leistungen einschließlich:

- Wurzelkanal-Behandlungen,
- Wurzelspitzen-Resektionen sowie
- dazugehörige Vor- und Nachbehandlungen.

d) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Zahnhalteapparats (Parodontiums)

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für Behandlungen von Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Zahnhalte-Apparats (Parodontiums). Hierzu gehören:

- das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial,
- die gesteuerte Gewebe-Regeneration, um das Wachstum von geschädigtem Gewebe des Zahnhalte-Apparats zu fördern,

- die Schleimhaut-Transplantationen,
- die Behandlungen mit VECTOR-Technologie,
- der Bakterien-/DNA-Test,
- die mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest) sowie
- die dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.

#### **B.4.4 Stationäre zahnärztliche Behandlung**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für eine stationäre zahnärztliche Behandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann.

Erstattungsfähig sind bei einer akutstationären zahnärztlichen Behandlung die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegeverordnung (BpflV) inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115a SGB V, tagesstationäre Behandlung nach § 115e SGB V und Hybrid-DRG nach § 115f SGB V sowie
- b) gesondert berechenbare ärztliche Leistungen eines Belegarztes,
- c) gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson („Rooming-in“), sofern dies medizinisch erforderlich ist (z. B. bei Kindern bis Alter 15; umfangreich pflegebedürftigen Personen).

#### Hinweis:

Es wird empfohlen, vor Behandlungsbeginn von der LKH prüfen zu lassen, ob die medizinischen Gründe für eine stationäre Behandlung vorliegen.

#### **B.4.5 Zahnersatz und Einlagefüllungen, Implantate und funktionsana- lytische und - therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe/ Schienen**

- a) Zahnersatz und Einlagefüllungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für prothetische Leistungen (Zahnersatz) und Einlagefüllungen. Erstattet werden beispielsweise die Aufwendungen für

- Teil- und Vollprothesen,
- Teilkronen, Teleskopkronen und Kronen, Brücken, Stiftzähne,
- auf Implantaten getragener Zahnersatz (Suprakonstruktionen),
- augmentative Behandlungen (Kieferknochenaufbau mit eigenem oder künstlichem Knochenmaterial),
- Kunststoff- und Keramik-Verblendungen,
- Einlagefüllungen (beispielsweise Inlays, Onlays) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst), Glas-Keramik,
- Keramik-Verblendschalen (Veneers) sowie
- die dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.

- b) Implantate

Zu 100 % erstattungsfähig sind die die verbleibenden Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich der dazugehörenden

- chirurgischen Leistungen (auch Kieferknochenaufbau) sowie
- die dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.

- c) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe und Schienen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen des Kauapparates einschließlich der dazugehörigen Vor- und Nachbehandlungen.

Die verbleibenden Aufwendungen für Aufbissbehelfe und Schienen (auch DROS-Schienen) sind einschließlich der zahntechnischen Leistungen und des Materials ebenfalls zu 100 % erstattungsfähig.

**B.4.6 Kieferorthopädie** Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

Zu den kieferorthopädischen Leistungen zählen neben der fachärztlichen Behandlung auch die Mehrkosten unter anderem für

- Mini-, Keramik-, Kunststoff -Brackets,
- selbstligierende Brackets,
- farblose und hochelastische Bögen,
- unsichtbare Zahnschienen (Aligner-Therapie),
- innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik) und
- Retainer.

Diese Altersbeschränkung entfällt:

- für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind oder
- in Fällen schwerer Erkrankungen im Zusammenhang mit einer kombinierten kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Behandlung. Zu den schweren Erkrankungen zählen angeborene Gesichts- oder Kieferfehlbildungen, skelettale Dysgnathien oder Fehlstellungen infolge von Verletzungen.

**B.4.7 Zahntechnische Leistungen** Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für zahntechnische Leistungen im Rahmen der bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.

**B.5 Stationäre Leistungen für Privatkliniken** Rechnet ein Krankenhaus nicht nach KHEntgG bzw. Bundespflegesatzverordnung BPfIV ab, werden die verbleibenden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen zu 100 %, maximal bis zum 1,5-fachen Betrag der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe verlangt hätte. Diese Begrenzung gilt nicht bei akuten Notfallbehandlungen.

**B.6 Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung während der Elternzeit** In den nachfolgend dargestellten Fällen einer vorübergehenden Beitragsbefreiung in diesem Tarif besteht voller Anspruch auf die vereinbarten Leistungen für die vorübergehend von der Beitragspflicht befreite Person. Notwendige Beitragsanpassungen nach § 8b AVB/KKV GU im beitragsbefreiten Tarif sind unabhängig von einer vorübergehenden Beitragsfreistellung zum jeweiligen Termin wirksam.

- a) Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif nachversicherten Kindes

Es besteht ein Anspruch auf eine vorübergehende Beitragsfreistellung eines im Tarif gemäß § 2 Abs. 2 + 3 AVB/KKV GU nachversicherten Kindes (auch Adoptivkind).

Der Anspruch auf Beitragsfreistellung in diesem Tarif besteht für den Monat, in dem das Kind geboren wurde, sowie die darauffolgenden 6 Monate.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Es besteht seit mindestens 8 Monaten ununterbrochen Versicherungsschutz in diesem Tarif (8-Monats-Vorversicherungszeitraum für ein Elternteil).
- Der versicherte Tarif des Kindes wird nicht in einer Anwartschaftsversicherung geführt.
- Es besteht kein Verzug bei der Zahlung des Beitrages, von Säumniszuschlägen und von Mahnkosten.

b) Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif versicherten Elternteils während der Elternzeit bzw. während des Bezugs von Elterngeld

Bezieht eine versicherte Person Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG), so besteht in diesem Zeitraum ein Anspruch auf eine vorübergehende Beitragsfreiheit in diesem Tarif.

Dieser Anspruch besteht auch, wenn eine versicherte Person in den ersten 24 Monaten nach Geburt ihres Kindes Elternzeit nach dem BEEG in Anspruch nimmt und ihre wöchentliche Arbeitszeit gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 4 BEEG und § 1 Abs. 6 BEEG reduziert, jedoch kein Elterngeld erhält.

Für jedes Kind, für das Elterngeld bezogen wird bzw. Elternzeit nach dem BEEG in Anspruch genommen wird, besteht der Anspruch auf Beitragsbefreiung für insgesamt bis zu 6 Monate. Bei Zwillings- oder Mehrlings-Geburten besteht ein gleich hoher Anspruch. Der nach diesem Tarif versicherte Elternteil kann unter den genannten Voraussetzungen eine Beitragsbefreiung für insgesamt maximal 6 Monate in den ersten 24 Monaten nach der Geburt in Anspruch nehmen.

Fällt der Beginn des Bezuges des Elterngeldes oder der Elternzeit auf den Ersten eines Monats, so beginnt die Beitragsbefreiung an diesem Tag, sonst ab dem ersten Tag des Folgemonats. Die Beitragsbefreiung endet zum Ende des Monats, für den das Elterngeld letztmalig gezahlt wird oder die Elternzeit endet; spätestens aber nach 6 Monaten Beitragsbefreiung.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Der versicherte Tarif wird nicht in einer Anwartschaftsversicherung geführt.
- Es besteht seit mindestens 8 Monaten für den Elternteil ununterbrochen Versicherungsschutz in diesem Tarif (8-Monats-Vorversicherungszeitraum) für den Beitragsfreiheit in Anspruch genommen werden soll.
- Es besteht kein Verzug bei der Zahlung des Beitrages, von Säumniszuschlägen und von Mahnkosten für den Vertrag, in dem der Elternteil versicherte Person ist.

## **B.7 Leistungen im Ausland**

### **B.7.1 Erweiterung des Geltungsbeereichs gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU**

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in den Staaten der Europäischen Union (EU) bzw. des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb dieser Länder besteht gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU ebenfalls Versicherungsschutz.

Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer verlangen, den Versicherungsschutz einer in diesem Tarif versicherten Person durch besondere Vereinbarung zunächst um maximal weitere 5 Jahre auf das außereuropäische Ausland bzw. nicht alle in Satz 1 genannten Staaten auszudehnen. Die LKH ist in diesem Zusammenhang berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag (Risikozuschlag) zu erheben. Besteht über diesen Zeitraum hinaus Bedarf für eine Verlängerung um maximal weitere 5 Jahre, verpflichtet sich die LKH, diese zu den dann aktuellen Konditionen (Beitrag plus Zuschlag) fortzuführen.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Diese Verlängerung des Versicherungsschutzes auf das außereuropäische Ausland bzw. nicht alle in Satz 1 genannten Staaten über 12 Monate hinaus muss vor Ablauf der 12 Monate beantragt werden. Gleiches gilt sinngemäß bei Verlängerung um maximal weitere 5 Jahre. Der LKH ist eine geeignete Korrespondenzanschrift mitzuteilen (Wohnsitz mit postalischer Anschrift). Verzögerungen bei der Postzustellung aufgrund langer Postwege können der LKH nicht angelastet werden.

**B.7.2  
Behandlungen  
im Ausland**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen nach den Absätzen B.1 bis B.7 nach den im Ausland geltenden ortsüblichen Kosten. Einschränkungen auf deutsche Gebühren-Höchstsätze für ärztliche und zahnärztliche Leistungen oder die Höchstbeträge für stationäre Behandlungen in deutschen Privatkliniken gelten nicht. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten wird anhand der im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen bemessen. Fehlen diese bemisst sich die Erstattungsfähigkeit nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Wird die versicherte Person in einem ausländischen Krankenhaus aufgenommen, so ist die LKH unverzüglich zu informieren.

**C. Inflations- und Innovationvorsorge**

**C.1  
Inflations-  
vorsorge**

Um den Wert des Versicherungsschutzes bei möglichen Preissteigerungen zu erhalten, ist die LKH berechtigt, die in den Absätzen B.3 bis B.7 genannten summenmäßigen Leistungsbegrenzungen (betragsmäßige Höchstsätze) mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders im Rahmen einer Beitragsanpassung an die Preisentwicklung anzupassen (vgl. auch § 8b Abs. 2 AVB/KKV GU).

Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum von der LKH beantragten Zeitpunkt wirksam; frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung an den Versicherungsnehmer folgt.

**C.2  
Innovations-  
vorsorge**

Damit der Versicherungsschutz im Interesse des Versicherungsnehmers möglichst zeitnah an neue medizinisch anerkannte Heilbehandlungsmethoden angepasst werden kann, prüft die LKH anlassbezogen, ob eine Erweiterung der in Absatz B dieser Bedingungen aufgeführten tariflichen Leistungen im Sinne des § 18 AVB/KKV GU möglich und zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich ist. Weitere Voraussetzung für eine Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist ferner, dass ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und für angemessen erachtet hat.

Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum von der LKH beantragten Zeitpunkt wirksam; frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung an den Versicherungsnehmer folgt.