

Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium (Tarif BEP)

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 5.

Der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium 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 auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ); Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch aus dem Hufelandverzeichnis; Erstattung von Auslandsleistungen nach ortsüblichen Sätzen

Heilpraktiker Leistungen

im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie weiterer Leistungen aus dem Hufelandverzeichnis

Arznei- und Verbandmittel

verordnete und aus der Apotheke bezogene Arznei- und Verbandmittel unbegrenzt

Heilmittel

wie Massagen, Lichttherapien, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Ernährungstherapien

Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

offener Hilfsmittelkatalog (z. B. Gehhilfen, Orthesen, orthopädische Einlagen, Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 € je Ohr, Kompressionsstrümpfe, Blutdruckmessgeräte)

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

Psychotherapie

Ohne Begrenzung der Sitzungszahl

Häusliche Krankenpflege

Haushaltshilfe

aufgrund eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes (z. B. im Krankenhaus) oder aus sonstigen Gründen (z. B. bei schwerer Erkrankung); bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 EUR pro Tag und bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr

Zuzahlungen

Versichert sind in den Beihilfeverordnungen festgelegte Zuzahlungen für:

- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel,
- Heilmittel,
- Allgemeine stationäre Krankenhausbehandlung,
- Medizinische Rehabilitation und
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.

Zahnärztliche Leistungen

Ambulante zahnärztliche Behandlung

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

100 %: Zahnbehandlung

100 %: Zahnersatz, Einlagefüllungen (Inlays), Implantate, Aufbissbehelfe/Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

100 %: Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 21. Lebensjahres; auch Brackets, unsichtbare Zahnschienen; keine Altersbeschränkung bei Unfall/schweren Erkrankungen

100 %: Zahntechnische Leistungen

Zahnaufhellung (Bleaching) und alternative schmerzlindernde Methoden: jeweils bis 300 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren

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

Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegesatzverordnung (BpflV)*

gesondert berechenbare

- ärztliche Leistungen (Beleg und Stationsarzt); keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; Erstattung von Auslandsleistungen nach ortsüblichen Sätzen
- Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers

gesondert berechenbare Unterbringung

- einer erwachsenen Begleitperson („Rooming-in“), z.B. bei Kindern bis Alter 15; umfangreich pflegebedürftigen Personen

* in Privatkliniken: bis zum 2,5-fachen der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe verlangt hätte; keine Begrenzung bei akuten Notfallbehandlungen und im Ausland

Wunschverlegung

in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands; einmalig pro Versicherungsfall

Medizinische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation

ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation (Reha) und Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation (AHB)

Vorsorgeleistungen

„LKH-Gesundheitsvorsorge“

weitere Vorsorgeuntersuchungen

auch über die gesetzlichen Programme hinaus

Schutzimpfungen

nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts (STIKO) (inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe)

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen

z. B. professionelle Zahnreinigung (PZR; bis 2 Mal pro Kalenderjahr erstattungsfähig) und lokale Fluoridierung

Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung

bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr

Ambulante und stationäre Kur-/Sanatoriumsbehandlungen, sowie Mutter-/Vater-Kind-Kuren

ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heil- und Kurmittel, Kurtaxe und Kurplan, jeweils bis zu 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren

Notarzfahrten, Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

Notarzfahrten

Rettungs- und Krankentransporte

Krankenfahrten (mit dem Taxi, öffentlichen Verkehrsmitteln oder privatem PKW):

von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung ins Krankenhaus/in die Reha-Klinik; sonstige Krankenfahrten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (z. B. bei Dialysebehandlungen, Strahlen- oder Chemotherapien, ambulanten Operationen, Geh- oder Sehfähigkeit)

Bergung

sofern unmittelbar Gefahr für die körperliche Unversehrtheit und das Leben der versicherten Person besteht; bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 EUR pro Versicherungsfall

Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit

Kinderwunschbehandlung und Kryo-Konservierung

medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen und Arzneimittel zur künstlichen Befruchtung sowie einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellengewebe

Schwangerschaftsverhütung

verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres

Zusätzliche Leistungen im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung

- Geburtsvorbereitung
- Schwangerschaft- und Rückbildungsgymnastik gemäß der Regelung für Heilmittel
- Behandlung und Unterbringung im Geburtshaus
- 2.000 EUR-Pauschale für eine häusliche Entbindung
- Haushaltshilfe bei Schwangerschaft

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

Digitale Gesundheitsanwendungen

Im Rahmen und Umfang des Verzeichnisses für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis), unter bestimmten Voraussetzungen auch über DiGA-Verzeichnis hinaus bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr

Leistungen im Ausland

Medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland

zum ständigen Wohnsitz oder in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus

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 Premium, Teil II; (Teil I: AVB/KKV GU)

A.	Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag	9
A.1	Altersberechnung	9
A.2	Allgemeine und besondere Wartezeiten	9
A.3	Versicherungsfähigkeit	9
A.4	Sonderbedingungen für Beamtenanwärter	9
A.5	Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen)	9
A.6	Tarifkombinationen	9
B.	Leistungsumfang	10
B.1	Grundlagen der Leistungserbringung	10
B.1.1	Leistungserbringer	10
B.1.2	Honorargrenzen	10
B.1.3	Besonderheiten bei Reisen in Länder außerhalb der EU/EWR zum Zweck der Behandlungen..	10
B.1.4	Angemessene Heilbehandlungen	10
B.1.5	Anerkannte Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel	10
B.1.6	Subsidiaritätsklausel	11
B.1.7	Bereicherungsverbot	11
B.1.8	Keine Leistungspflicht der LKH	11
B.1.9	Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen	11
B.1.10	Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen	11
B.1.11	Anzeigeobliegenheit bei Krankenhausbehandlung	11
B.2	Erstattungsfähige Leistungen und zeitliche Zurechnung	11
B.2.1	Erstattungsfähige Leistungen	11
B.2.2	Tarifliche Leistungen und deren zeitliche Zurechnung	11
B.3	Ambulante Leistungen	12
B.3.1	Ärztliche Leistungen	12
B.3.2	Heilpraktiker-Leistungen	12
B.3.3	Arznei- und Verbandmittel	12
B.3.4	Heilmittel	13
B.3.5	Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)	14

B.3.6	Sehhilfen und operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK)	15
B.3.7	Psychotherapie	16
B.3.8	Häusliche Krankenpflege	16
B.3.9	Haushaltshilfe	17
B.3.10	Palliativ-Versorgung	18
B.3.11	Heim-Dialyse	18
B.3.12	Sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung	18
B.3.13	Soziotherapie	19
B.3.14	Zuzahlungen	20
B.4	Zahnärztliche Leistungen (ohne Vorsorgeleistungen)	20
B.4.1	Heil- und Kostenplan	20
B.4.2	Leistungsbegrenzung in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn	20
B.4.3	Ambulante zahnärztliche Behandlung	20
B.4.4	Stationäre zahnärztliche Behandlung	21
B.4.5	Zahnersatz und Einlagefüllungen, Implantate und funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe/Schienen	22
B.4.6	Kieferorthopädie	22
B.4.7	Zahntechnische Leistungen	23
B.4.8	Zahnaufhellung (Bleaching)	23
B.4.9	Alternative schmerzlindernde Behandlungen für Zahnbehandlungen	23
B.5	Stationäre Leistungen	23
B.5.1	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	23
B.5.2	Übergangspflege im Krankenhaus	23
B.5.3	Hospiz	24
B.5.4	Wunschverlegung	24
B.6	Medizinische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung	24
B.6.1	Ambulante Durchführung	25
B.6.2	Stationäre Durchführung	26
B.7	Vorsorgeleistungen	27
B.7.1	Schutzimpfungen	27

B.7.2	„LKH-Gesundheitsvorsorge“ und weitere Vorsorgeleistungen	27
B.7.3	Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen	27
B.7.4	Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung	27
B.7.5	Ärztlich verordnete Kur-/Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren)	28
B.7.5.1	Ambulante Vorsorgekur	28
B.7.5.2	Stationäre Vorsorgekur	27
B.7.5.3	Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur	30
B.8	Notarzfahrten, Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen	30
B.8.1	Notarzfahrten	30
B.8.2	Rettungs- und Krankentransporte mit spezieller medizinischer Betreuung	31
B.8.3	Krankenfahrten	31
B.8.4	Bergung	31
B.9	Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit	32
B.9.1	Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) und Kryo-Konservierung	32
B.9.2	Schwangerschaftsverhütung	32
B.9.3	Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation	33
B.9.4	Zusätzliche Leistung im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung	33
B.9.5	Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung und während der Elternzeit ...	33
B.10	Organspende und -transplantation	34
B.11	Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit	35
B.12	Digitale Gesundheitsanwendung	35
B.13	Leistungen im Ausland	36
B.13.1	Erweiterung des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU	36
B.13.2	Behandlungen im Ausland	36
B.13.3	Rücktransporte aus dem Ausland	36
B.13.4	Überführung zum Wohnsitz oder Bestattung im Ausland	37
B.13.5	Leistungen für eine am Aufenthaltsort verbleibende minderjährige oder umfangreich pflegebedürftige Personen	37



C.	Inflations- und Innovationvorsorge.....	38
C.1	Inflationsvorsorge	38
C.2	Innovationsvorsorge	38
D.	Anhang – Vorsorgekatalog	39

Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium, 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 Premium kann nur zusätzlich zu dem Tarif BeihilfeUpgrade der LKH abgeschlossen werden.

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

Die allgemeinen Bestimmungen des Vertragsverhältnisses gem. des Tarifs BeihilfeUpgrade sowie die Grundlagen der Leistungserbringungen 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 Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif. Es besteht die Möglichkeit, den Tarif in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

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

B. Leistungsumfang

B.1 Grundlagen der Leistungserbringung

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

B.1.2 Honorargrenzen Die Honorare für einen Arzt, Zahnarzt, nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sowie für Hebammen und Entbindungspfleger 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 oder Zahnarzt Honorare auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

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.13.2: 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.13.2, 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 Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.4.

B.1.5 Anerkannte Untersuchungs-/ Behandlungsmethoden und Arzneimittel Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.5.

- B.1.6 Subsidiaritätsklausel** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.6.
- B.1.7 Bereicherungsverbot** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.7.
- B.1.8 Keine Leistungspflicht der LKH** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.8.
- B.1.9 Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.9.
- B.1.10 Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.10.
- B.1.11 Anzeigeobliegenheit bei Krankenhausbehandlung** Für diesen Vertragspunkt gelten die Grundlagen der Leistungserbringungen gemäß Tarif BeihilfeUpgrade B.1.11.
- B.2 Erstattungsfähige Leistungen und zeitliche Zurechnung**
- B.2.1 Erstattungsfähige Leistungen** Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, welche nach Anrechnung etwaiger beihilfefähigen Leistungen und Leistungen des Tarifs BeihilfeUpgrade entstehen. Der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium 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 Kostendämpfungspauschalen sind nicht erstattungsfähig. Zudem leistet der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium 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 Leistungen 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 Ambulante Leistungen

B.3.1 Ärztliche Leistungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für:

- Behandlungen, Beratungen und Untersuchungen,
- Video-Beratungen und -Untersuchungen (Telemedizin),
- Ambulante Operationen (ohne operative Sehschärfenkorrekturen [B.3.6]),
- Dialysen/Apheresen,
- Wegegeld bei medizinisch notwendigen Hausbesuchen,
- medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren sowie alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus dem Hufelandverzeichnis.

B.3.2 Heilpraktiker- Leistungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind verbleibenden Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Darüber hinaus sind Leistungen von Heilpraktikern aus dem Hufelandverzeichnis, die nicht im GebüH enthalten sind, zu 100 % erstattungsfähig. Es gelten die Höchstsätze für ärztliche Leistungen.

Nicht medizinisch anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind ebenfalls erstattungsfähig.

Die Anzahl der erstattungsfähigen Psychotherapiesitzungen ist auf maximal 10 je Kalenderjahr begrenzt.

B.3.3 Arznei- und Verbandmittel

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Nicht verordnete und aus der Apotheke bezogene Arzneimittel sind darüber hinaus zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Als erstattungsfähige Arznei- und Verbandmittel gelten:

- Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind,
- Harntest- und Bluttest-Streifen (ohne Schwangerschafts-Tests),

- Verbandmittel,
- diätetische Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Nähr- und Stärkungsmittel sowie sog. Krankenkost gemäß Arzneimittelrichtlinie, die jeweils aus medizinischen Gründen notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden (z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) zu vermeiden sowie
- eine künstliche Ernährung (enteral oder durch einen Venenzugang parenteral).

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die Arzneimittel müssen medizinisch notwendig sein, um Krankheiten zu beseitigen, zu lindern oder zu erkennen.
- Die Arznei- und Verbandmittel müssen aus der Apotheke (hierzu gehören auch Internet- oder Versandapotheken) oder von einer anderen behördlichen Abgabestelle bezogen werden.

Hinweis:

Nach vorheriger schriftlicher Zusage der LKH können auch Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion erstattungsfähig sein. Die schriftliche Zusage wird beispielsweise von der LKH erteilt, wenn eine radikale Prostatektomie (komplette Entfernung der Prostata) erfolgt ist.

**B.3.4
Heilmittel**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen aller Heilmittel, die im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) enthalten sind. Hierzu gehören beispielsweise Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Krankengymnastik, Massagen, medizinische Bäder, Wärme-/Kältetherapien, Ernährungstherapien, Hydrotherapien, Lichttherapien, Elektrotherapien und Inhalationen.

Heilmittel müssen von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet werden.

Darüber hinaus sind auch Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik [B.9.4] sowie Osteopathie und Chiropraktik erstattungsfähig.

Die verbleibenden Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu 125 % der in der BBhV genannten Höchstbeträge erstattungsfähig.

Bei Heilmitteln können Angehörige staatlich anerkannter Gesundheitsfachberufe in Anspruch genommen werden. Hierzu zählen beispielsweise

- Physio- und Ergotherapeuten,
- Masseur,
- Krankengymnasten,
- medizinische Bademeister,
- Logopäden bzw. akademische Sprachtherapeuten und klinische Linguisten,
- Podologen bzw. medizinische Fußpfleger,
- Hebammen bzw. Entbindungspfleger.

Im Rahmen einer Ernährungstherapie können Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitations-Sport und Funktionstraining bis zur beihilfefähigen Höhe erstattungsfähig, sofern diese von einem Arzt verordnet wurden.

Die Leistungen können auch von Ärzten [B.3.1] oder Heilpraktikern [B.3.2] unmittelbar erbracht werden. Für die Erstattung gelten die Regelungen für ärztliche Leistungen [B.3.1] bzw. für Heilpraktiker-Leistungen [B.3.2]. Osteopathie und Chiropraktik sind ebenfalls erstattungsfähig, wenn sie von einem dafür ausgebildeten Heilpraktiker oder Arzt erbracht werden.

B.3.5 Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für

- den Kauf, die Miete oder Leihe,
- die Anpassung, Reparatur und Wartung sowie
- die Einweisung in die ordnungsgemäße Nutzung

von Hilfsmitteln, sofern diese Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Übersteigen die Aufwendungen für ein Hilfsmittel voraussichtlich einen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR, ist die LKH vor der Beschaffung zu informieren. Dies gilt auch dann, wenn zu erwarten ist, dass bei mehrfach zu beziehenden Hilfsmitteln gleicher Art ein Gesamtpreis von 1.000 EUR innerhalb eines Kalenderjahres überschritten wird. Die LKH verpflichtet sich in diesem Fall, das Hilfsmittel entweder

- schnellstmöglich in medizinisch notwendiger Ausführung dem Versicherungsnehmer zur Verfügung zu stellen oder
- dem Versicherungsnehmer aufzugeben, bei welchem Anbieter er sich das Hilfsmittel selbst beschaffen kann oder
- dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel selbst bei einem Anbieter seiner Wahl beschaffen soll.

Wenn ein Hilfsmittel oder der mehrfache Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art voraussichtlich einen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR innerhalb eines Kalenderjahres übersteigt und die versicherte Person die LKH nicht vor der Beschaffung informiert hat, oder sich trotz vorheriger Information an den Versicherer dazu entscheidet, die Hilfsmittelversorgung entgegen der Vorgabe des Versicherers vorzunehmen, sind die Aufwendungen zu 80 % erstattungsfähig. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person das Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerversorgung bezieht. In diesem Fall ist das jeweilige Hilfsmittel zu 100 % erstattungsfähig.

Ein Hilfsmittel muss von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker [B.1.1] verordnet sein.

Als Hilfsmittel gelten beispielsweise

- Gehhilfen (z. B. Rollatoren),
- Geh- und Stützapparate (z. B. Orthesen, Gehstöcke),
- Krankenfahrstühle (z. B. Rollstühle),
- Medizintechnische Geräte (z. B. Cochlea-Implantate, Lesegeräte, Sprechgeräte, Inhalations- und Atemgeräte),
- Körperersatzstücke (z. B. Arm- oder Beinprothesen, Epithesen, künstlicher Kehlkopf, Kunststauge),
- Orthopädische Schuhe und Einlagen,
- Haarersatz (z. B. Perücken),
- Hilfsmittel für Blinde (z. B. Blindenstock, Blindenleitgerät),
- Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummi-/Kompressionsstrümpfe,
- Stoma-/Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel,
- Geräte zur Therapie und Diagnostik (z. B. Blutdruck- oder Blutzucker-Messgeräte).

Der Versicherungsschutz umfasst auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Ein Hilfsmittel gilt als lebenserhaltend, wenn ohne dessen Anwendung unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungs- und Sauerstoffgeräte, Überwachungsgeräte für Atem- und Herzfrequenz, Systeme zur Heim-Dialyse und zur Sauerstofftherapie).

Darüber hinaus erstatten wir im Rahmen der Hilfsmittelversorgung die Aufwendungen für

- Blindenführhunde (Aufwendungen für die Anschaffung und Ausbildung eines Hundes),
- Kommunikationshilfen gemäß § 3 Kommunikationshilfen-Verordnung (KHV), sofern diese notwendig sind, um die tariflichen Leistungen in Anspruch nehmen zu können (z.B. Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher).

Die verbleibenden Aufwendungen für Hörgeräte inkl. Otoplastiken sind unter den vorgenannten Bedingungen zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR je Ohr erstattungsfähig.

Was ist nicht erstattungsfähig?

Die tariflichen Leistungen erstrecken sich nicht auf

- Hilfsmittel, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegepflichtversicherung oder anderen gesetzlichen Leistungsträgern besteht,
- Produkte aus dem Fitness- und Wellnessbereich,
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person, auch wenn sie kranken- bzw. behindertengerecht modifiziert wurden (z. B. Kinderautositz) sowie
- sanitäre oder medizintechnische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Wärmelampen, Massagegeräte),
- verbleibende Aufwendungen für Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 EUR, sofern für diese eine Kürzung der Leistung im Tarif BeihilfeUpgrade aufgrund fehlender vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erfolgt ist.

Ebenso werden Pflege-, Reinigungs-, Unterhalts- und Betriebskosten nicht erstattet. Batteriekosten sind jedoch erstattungsfähig, wenn es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden.

B.3.6 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 nach Abs. B.3.1 (Ärztliche Leistungen) ebenfalls im Rahmen des Höchstbetrages erstattungsfähig.

**B.3.7
Psychotherapie**

Verbleibende Aufwendungen für die medizinische ambulante Psychotherapie durch einen in Abs. B.1.1 genannten

- Arzt,
- approbierten (nicht-ärztlichen) Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Heilpraktiker

sind zu 100 % erstattungsfähig.

Die Anzahl von Behandlungen durch einen Heilpraktiker ist auf 10 Psychotherapiesitzungen pro Kalenderjahr begrenzt [B.3.2]. Werden mehr Psychotherapiesitzungen benötigt, so ist ein Arzt oder nicht-ärztlicher Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Anspruch zu nehmen.

Verbleibende Aufwendungen für eine akutstationäre Psychotherapie sind gemäß Abs. B.5.1 (Akutstationäre Behandlungen im Krankenhaus) erstattungsfähig. Vergleiche hierzu auch Abs. B.1.1 (Leistungserbringer).

Hinweis:

Will sich eine versicherte Person in psychotherapeutische Behandlung begeben, wird empfohlen, frühzeitig Kontakt mit der LKH aufzunehmen.

**B.3.8
Häusliche
Krankenpflege**

Die häusliche Krankenpflege umfasst folgende Leistungsbereiche:

- Die Behandlungspflege umfasst solche ärztlichen Maßnahmen, die dazu dienen Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Diese Leistungen können üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden. Hierzu gehören z. B. die Medikamentengabe, Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel.
- Bei der Grundpflege handelt es sich um pflegerische Unterstützung bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens wie Körperpflege, Ausscheidungen und Ernährung.
- Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst Aufgaben im Haushalt des Patienten, die seiner Versorgung dienen. Dazu zählen unter anderem die Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen oder die Reinigung der Wohnung.

Ein Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Leistungen werden in diesen Fällen für die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung je Krankheitsfall bis zu vier Wochen gewährt. In begründeten Ausnahmefällen kann die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligt werden.

Leistungen für Behandlungs- und Grundpflege werden darüber hinaus auch ohne zeitliche Begrenzung gewährt, wenn diese Maßnahme zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege) und (so lange) kein Pflegegrad 2 oder höher vorliegt.

Der genaue Leistungsumfang ist den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege zu entnehmen. Dort ist ein Leistungsverzeichnis der verordnungsfähigen Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege beigefügt. Die verbleibenden Aufwendungen für diese Leistungen sind nach o. g. Maßgabe und unter den u. g. Voraussetzungen zu 100 % erstattungsfähig.

Die o. g. Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege werden gezahlt, soweit und solange folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die versicherte Person ist auf häusliche Krankenpflege angewiesen und kann nicht durch eine in diesem Haushalt lebende Person oder durch einen Familienangehörigen gepflegt oder versorgt werden und
- die häusliche Krankenpflege muss von einem Arzt [B.1.1] verordnet sein und
- es besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegepflichtversicherung und
- der Leistungserbringer hat mit dem GKV-Spitzenverband einen laufenden Vertrag nach § 132a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) geschlossen.

B.3.9 Haushaltshilfe

a) Haushaltshilfe aufgrund eines stationären Aufenthaltes

Lebt im Haushalt der versicherten Person ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und kann die versicherte Person aufgrund einer

- stationären Behandlung im Krankenhaus oder
- medizinischen Rehabilitation (auch Anschlussheilbehandlung) oder
- Kur-/Sanatoriumsbehandlung

ihren Haushalt nicht weiterführen, dann sind die verbleibenden Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 EUR pro Tag und bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

b) Haushaltshilfe aus sonstigen Gründen

Kann die versicherte Person ihren Haushalt aufgrund

- einer schweren Erkrankung oder einer akuten Verschlimmerung einer Erkrankung, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder
- nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus
- während einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme

nicht weiterführen, sind auch in diesen Fällen die verbleibenden Aufwendungen für eine Haushaltshilfe maximal bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 EUR pro Tag und bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Lebt darüber hinaus im selben Haushalt der versicherten Person ein Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, sind die verbleibenden Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 EUR pro Tag und bis zu 26 Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen für b)?

Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach dem SGB XI.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen allgemein zu beiden Punkten a) + b)?

- Es liegt eine ärztliche Bestätigung vor, dass die versicherte Person aufgrund der genannten Gründe ihren Haushalt nicht weiterführen kann.
- Keine andere Person im selben Haushalt kann den Haushalt weiterführen.
- Die Haushaltshilfe ist keine verwandte oder verschwägerte Angehörige 1. oder 2. Grades.

**B.3.10
Palliativ-
Versorgung**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV), soweit sie darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu dem Betrag, der für die Versorgung einer versicherten Person in den vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) oder der GKV dafür abgeschlossenen Vergütungsverträgen vereinbart wurde. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die Palliativ-Versorgung muss durch einen Arzt [B.1.1] verordnet sein.
- Die Palliativ-Versorgung muss durch einen geeigneten Leistungserbringer erfolgen, der einen Vertrag nach § 132d SGB V (SAPV) geschlossen hat. Es können auch ambulante Hospizdienste in Anspruch genommen werden, die von einer GKV gefördert werden.

**B.3.11
Heim-Dialyse**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für die Kostenpauschale zur Abgeltung der Sach- und nichtärztlichen Dienstleistungen bei Heim-Dialyse (inklusive des Heim-Dialyse-Gerätes [B.3.5]).

Die Leistungen sind begrenzt auf die Beträge, die für die spezielle Versorgung eines Dialyse-Patienten in den vom PKV-Verband oder der GKV dafür abgeschlossenen Vergütungsverträgen (mit dem Verband der privaten Hämodialyse-Versorgungseinrichtungen – PHV bzw. mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. - KfH) vereinbart wurden.

**B.3.12
Sozial-
pädiatrische
Behandlung und
Frühförderung**

a) Sozialpädiatrische Behandlung

Die sozialpädiatrische Behandlung bezieht sich auf eine spezialisierte Form der medizinischen Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder anderen komplexen gesundheitlichen Bedürfnissen. Diese Behandlung umfasst in der Regel eine interdisziplinäre Herangehensweise, bei der Ärzte, Therapeuten und andere Fachkräfte zusammenarbeiten, um eine umfassende Versorgung und Unterstützung zu gewährleisten, die auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes zugeschnitten ist.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für sozialpädiatrische Behandlungen gemäß § 119 SGB V in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit dem PKV-Verband oder der GKV verfügen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind auf die jeweils vertraglich vereinbarten Höchstbeträge begrenzt.

Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber einem anderen Kostenträger besteht, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen und wird angerechnet.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Erstattungsfähig sind diese Aufwendungen für versicherte Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- Die versicherte Person kann wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder wegen einer drohenden Krankheit nicht von einem geeigneten Arzt oder in einer interdisziplinären Frühförderstelle behandelt werden.

b) Frühförderung

Frühförderung bezieht sich auf Programme und Maßnahmen, die darauf abzielen, die Entwicklung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen oder Entwicklungsverzögerungen in den frühen Lebensphasen zu unterstützen. Dies kann eine breite Palette von Interventionen umfassen, die darauf ausgerichtet sind, die körperliche, kognitive, sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung zu fördern.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen von Frühförderung in interdisziplinären Frühförderstellen, die über einen Vertrag mit dem PKV-Verband oder der GKV verfügen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind auf die jeweils vertraglich vereinbarten Höchstbeträge begrenzt.

Erstattungsfähig sind diese Aufwendungen, solange das versicherte Kind noch nicht eingeschult ist.

Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber einem anderen Kostenträger besteht, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen und wird angerechnet.

Hinweis:

Vor Beginn der Frühförderung oder sozialpädiatrische Behandlung wird empfohlen, die Leistungszusage bei der LKH einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch auf Frühförderung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.

**B.3.13
Soziotherapie**

Ist die versicherte Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, sind verbleibenden Aufwendungen für Soziotherapie nach § 37a Abs. 1 SGB V zu 100 % erstattungsfähig.

Darüber hinaus sind die verbleibenden Aufwendungen für Soziotherapien zu 100 % erstattungsfähig, wenn hierdurch eine stationäre Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für Soziotherapien bis zu 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren je Krankheitsfall. Das Nähere über die Art und den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V bestimmt.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die Soziotherapie muss durch einen Arzt oder nichtärztlichen Psychotherapeuten [B.1.1] verordnet sein.
- Die Soziotherapie muss durch einen geeigneten Leistungserbringer erfolgen, der einen Vertrag gemäß § 132b SGB V (Versorgung mit Soziotherapie) geschlossen hat.

**B.3.14
Zuzahlungen**

Erstattungsfähig sind die nachstehend aufgeführten Zuzahlungen, soweit diese nach der jeweils geltenden Fassung der Beihilfeverordnung von der versicherten Person selbst zu tragen sind:

- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel,
- Heilmittel,
- Allgemeine stationäre Krankenhausbehandlung,
- Medizinische Rehabilitation und
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.

Nicht versichert sind die in den Beihilfeverordnungen festgelegten Kostendämpfungspauschalen.

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
Leistungs-
begrenzung in
den ersten 3
Kalenderjahren
nach
Versicherungs-
beginn**

Die zahnärztlichen Leistungen gemäß Absatz 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.

Hinweis:

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zahnprophylaktischen Maßnahmen (z. B. professioneller Zahnreinigung und lokale Fluoridierung) sind unter dem Abs. B.7 (Vorsorgeleistungen) geregelt.

**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 einschließlich der verordneten medizinisch notwendigen Arznei- und Verbandmittel [B.3.3]. 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 verbleibende 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 verbleibende 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 (Speichelttest) sowie
- die dazugehörigen Vor- und Nachbehandlungen.

**B.4.4
Stationäre
zahnärztliche
Behandlung**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für eine stationäre zahnärztliche Behandlung im Rahmen des Absatzes B.5 (Stationäre Leistungen), wenn sie aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden können.

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
funktions-
analytische 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 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 dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.
- Verbleibende 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.4.8 Zahnaufhellung (Bleaching) Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren.

B.4.9 Alternative schmerz-lindernde Behandlungen für Zahnbehandlungen Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine alternative schmerzlindernde Behandlungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren. Hierzu gehören beispielsweise die

- Akupunktur,
- Hypnose,
- Lachgassedierung und
- Analgosedierung (Dämmerschlaf).

B.5 Stationäre Leistungen

B.5.1 Stationäre Behandlung im Krankenhaus Zu 100 % erstattungsfähig sind bei einer akutstationären Behandlung die verbleibenden Aufwendungen für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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 Beleg- oder Stationsarztes,
- c) gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers,
- d) gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson („Rooming-in“), sofern dies medizinisch erforderlich ist (z. B. bei Kindern bis Alter 15; umfangreich pflegebedürftigen Personen).

Was leistet die LKH für Privatkliniken, die die allgemeine Krankenhausleistungen nicht nach KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen?

Rechnet ein Krankenhaus nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV ab, werden die verbleibenden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen unter a) zu 100 % maximal bis zum 2,5-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.5.2 Übergangspflege im Krankenhaus Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für Übergangspflege im Krankenhaus bis zu dem Betrag, den die GKV hierfür akzeptiert (Vergütungsvereinbarung nach § 132m SGB V).

Übergangspflege im Krankenhaus unterstützt die versicherte Person beim Übergang von der stationären Behandlung in eine im Anschluss notwendige medizinische Rehabilitation bzw. eine Anschlussheilbehandlung [B.6].

Die Übergangspflege umfasst:

- die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die Aktivierung der versicherten Person,
- die Grund- und Behandlungspflege,
- ein Entlass-Management,
- die Unterkunft und Verpflegung und
- ärztliche Leistungen.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die versicherte Person benötigt im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine häusliche Krankenpflege, eine Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI benötigen, die nicht oder nur mit erheblichem Aufwand durchgeführt werden kann.
- Die Übergangspflege erfolgt in dem Krankenhaus, in dem zuvor die versicherte Person behandelt wurde.

B.5.3 Hospiz

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für eine Versorgung in einem Hospiz. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie von der GKV in einem vergleichbaren Fall verlangt werden können.

Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht, so werden diese Leistungen angerechnet. Die Leistungen der PPV sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die versicherte Person leidet unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit verkürzter Lebenserwartung.
- Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus ist nicht erforderlich und die versicherte Person ist auf die Versorgung in einem Hospiz angewiesen.

B.5.4 Wunsch- verlegung

Wird die Verlegung der versicherten Person in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands gewünscht, so sind die Aufwendungen für eine einmalige Verlegung pro Versicherungsfall zu 100 % erstattungsfähig. Die Erstattung wird auf das jeweils kostengünstigste Transportmittel begrenzt, das der medizinischen Notwendigkeit entspricht. Bei Nutzung eines privaten PKW ist der Kilometersatz der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetz erstattungsfähig.

B.6 Medizinische Rehabilitation und Anschluss- heilbehandlung

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erfolgt unter ärztlicher Aufsicht, um langwierige und/oder chronische Beschwerden zu bessern sowie die Dienstfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Durchführung erfolgt auf Grundlage eines ärztlich erstellten Rehabilitationsplans und kann je nach medizinischem Bedarf ambulant oder stationär erfolgen. Die Behandlung erfolgt insbesondere durch spezielle physikalische Therapien (z. B. Bäder, Gymnastik, Bestrahlungen) und/oder durch die Einhaltung medizinisch erforderlicher Diäten.

Eine Anschlussheilbehandlung (auch Anschlussrehabilitation) ist ebenfalls eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme, welche allerdings unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt oder mit einer stationären Behandlung in direktem Zusammenhang steht. Sie kann auch nach einer ambulanten Operation sowie nach Strahlen oder Chemotherapien erforderlich sein. Die Maßnahme dient der Sicherung des Behandlungserfolgs und unterstützt die weitere Genesung. Je nach ärztlicher Empfehlung kann die Anschlussheilbehandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden.

B.6.1 Ambulante Durchführung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für ambulanter Behandlungen in Form einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Einrichtung gem. § 40 Abs. 1 SGB V.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zum 1,5-fachen Betrag der Kosten, welche die GKV hierfür akzeptiert. Wenn die Reha-Einrichtung über keinen aktuellen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger verfügt, wird die der gewählten Reha-Klinik nächstgelegene geeignete Reha-Einrichtung mit einem laufenden Vertrag für die Begrenzung des maximalen Erstattungssatzes zugrunde gelegt.

Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel
- Komplextherapien
- Fahrtkosten
- Aufwendungen der Begleitperson, wenn vor Beginn der Anschlussheilbehandlung die medizinische Notwendigkeit der Begleitung bestätigt wurde
- Kurtaxe
- Ärztlicher Schlussbericht

Die grundsätzliche Erstattungsfähigkeit der vorgenannten Behandlungen ergibt sich aus den jeweiligen in diesem Tarif festgelegten Maßgaben. Für ärztliche Behandlungen sind dies z. B. die Honorargrenzen im Absatz [B.1.2], für Fahrtkosten im Absatz [B.8.3]. Bei Heilmitteln bemisst sich die Obergrenze der berücksichtigungsfähigen Beträge je Anwendung nach der in Absatz [B.3.4] genannten Regelung.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, kann während der Maßnahme auch eine Familien- und Haushaltshilfe unter den in Absatz [B.3.9] genannten Voraussetzungen und entsprechend den dortigen Festlegungen zur Erstattungshöhe in Anspruch genommen werden.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Erforderlich ist eine ärztliche Verordnung oder eine vom Krankenhaus veranlasste Maßnahme.
- Die Verordnung muss Art und Dauer der Rehabilitation enthalten; die medizinische Notwendigkeit für Taxifahrten ist gesondert zu bestätigen.
- Eine Anschlussheilbehandlung muss unmittelbar bzw. innerhalb von 14 Tagen an den Krankenhausaufenthalt anschließen; Ausnahmen gelten bei zwingenden medizinischen Gründen. In Ausnahmefällen möglich nach ambulanter Behandlung, sofern diese im Zusammenhang mit einer vorherigen stationären Behandlung steht. Anderenfalls kann dies nur als medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder Vorsorgekur gewertet werden, je nach Erfüllung der Voraussetzungen.
- Durchführung ausschließlich in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen entsprechend den obenstehenden Maßgaben.

B.6.2 Stationäre Durchführung

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung entspricht in ihrer Struktur einer akutstationären Krankenhausbehandlung, unterscheidet sich jedoch durch ihren besonderen Fokus auf die Behandlung langwieriger oder chronischer Erkrankungen.

Die Maßnahme muss in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung durchgeführt werden, die unter ärztlicher Leitung steht und über das erforderliche Fachpersonal sowie die notwendigen medizinischen Einrichtungen zur Durchführung dieser Therapien verfügt.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (mit Versorgungsvertrag gem. § 111 Abs. 2 S. 1 SGB V bzw. gem. § 40 Abs. 2 SGB V).

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zum 1,5-fachen Betrag der Kosten, welche die GKV hierfür akzeptiert. Wenn die Reha-Einrichtung über keinen aktuellen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger verfügt, wird die der gewählten Reha-Klinik nächstgelegene geeignete Reha-Einrichtung mit einem laufenden Vertrag für die Begrenzung des maximalen Erstattungssatzes zugrunde gelegt.

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme umfasst insbesondere:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel
- Komplextherapien
- Fahrtkosten
- Unterkunft und Verpflegung
- Aufwendungen der Begleitperson, wenn vor Beginn der Anschlussheilbehandlung die medizinische Notwendigkeit der Begleitung bestätigt wurde
- Kurtaxe
- Ärztlicher Schlussbericht

Die grundsätzliche Erstattungsfähigkeit der vorgenannten Behandlungen ergibt sich aus den jeweiligen in diesem Tarif festgelegten Maßgaben. Für ärztliche Behandlungen sind dies z. B. die Honorargrenzen im Absatz [B.1.2], für Fahrtkosten im Absatz [B.8.3]. Bei Heilmitteln bemisst sich die Obergrenze der berücksichtigungsfähigen Beträge je Anwendung nach der in Absatz [B.3.4] genannten Regelung.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, kann während der Maßnahme auch eine Familien- und Haushaltshilfe unter den in Absatz [B.3.9] genannten Voraussetzungen und entsprechend den dortigen Festlegungen zur Erstattungshöhe in Anspruch genommen werden.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Erforderlich ist eine ärztliche Verordnung oder eine vom Krankenhaus veranlasste Maßnahme.
- Die Verordnung muss Art und Dauer der Rehabilitation enthalten; die medizinische Notwendigkeit für Taxifahrten ist gesondert zu bestätigen.
- Eine Anschlussheilbehandlung muss unmittelbar bzw. innerhalb von 14 Tagen an den Krankenhausaufenthalt anschließen; Ausnahmen gelten bei zwingenden medizinischen Gründen. In Ausnahmefällen möglich nach ambulanter Behandlung, sofern diese im Zusammenhang mit einer vorherigen stationären Behandlung steht. Anderenfalls kann dies nur als medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder Vorsorgekur gewertet werden, je nach Erfüllung der Voraussetzungen.
- Durchführung ausschließlich in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen entsprechend den obenstehenden Maßgaben.

B.7 Vorsorgeleistungen

B.7.1 Schutzimpfungen Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO). Für Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxen (nebst Impfstoffen) sind 100 % der Aufwendungen erstattungsfähig.

Für welche Impfungen und Impfstoffe leistet die LKH nicht?

Nicht erstattungsfähig sind Impfungen, bei denen aufgrund einer beruflichen oder sonstigen Tätigkeit ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber dem Arbeitgeber oder einem sonstigen Kostenträger besteht.

B.7.2 „LKH-Gesundheitsvorsorge“ und weitere Vorsorgeleistungen

a) „LKH-Gesundheitsvorsorge“ zur Früherkennung von Krankheiten und zusätzlich während einer Schwangerschaft

Die verbleibenden Aufwendungen für Leistungen im Rahmen der „LKH-Gesundheitsvorsorge“ sind zu 100 % erstattungsfähig.

Zur „LKH-Gesundheitsvorsorge“ gehören ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen wie sie z. B. in den Krebs-Früherkennungsrichtlinien oder in der Gesundheits-Untersuchungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt werden. Der mindestens geltende Leistungsumfang kann dem im Anhang beigefügten Vorsorgekatalog (Abschnitt D.) entnommen werden.

b) Weitere Vorsorgeleistungen auch über die gesetzlichen Programme hinaus

Neben der „LKH-Gesundheitsvorsorge“ sind auch die verbleibenden Aufwendungen für darüberhinausgehende medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie zusätzliche Behandlungen und Diagnostik, die sich im Rahmen einer Leistung nach der LKH-Gesundheitsvorsorge ergeben, zu 100 % erstattungsfähig. Dazu gehören auch weitere Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und Früherkennungsuntersuchungen nach der Geburt eines Kindes.

B.7.3 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zahnprophylaktische Maßnahmen (z. B. professionelle Zahnreinigung und lokale Fluoridierung). Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung als prophylaktische Maßnahme sind bis zu zwei Mal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

B.7.4 Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten für Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung. Die Gesamterstattung ist begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr.

Welche Gesundheitskurse werden von der LKH anerkannt?

Anerkannt werden Gesundheitskurse, die nach § 20 SGB V zertifiziert sind.

B.7.5
Ärztlich
verordnete Kur-/
Sanatoriums-
behandlungen
(medizinische
Vorsorgekuren)

Vorsorgekuren (auch als Kur- und Sanatoriumsbehandlungen bezeichnet) dienen der medizinisch notwendigen Wiederherstellung, Verbesserung oder Stabilisierung der Gesundheit. Sie erfolgen – je nach Erforderlichkeit – ambulant, stationär oder in speziellen Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen.

B.7.5.1
Ambulante
Vorsorgekur

Eine ambulante Vorsorgekur (auch ambulante Rehabilitationsmaßnahme in Heilbädern oder Kurorten) ist eine unter ärztlicher Aufsicht durchgeführte Heilmaßnahme, die an einem Ort mit natürlichen Heilmitteln (z. B. Moor- und Solebäder, spezielles Klima) erfolgt und darauf ausgerichtet ist, bestehende Beschwerden zu verbessern oder nachhaltig zu lindern. Sie kann auch bei ausgeprägten chronischen Erkrankungen medizinisch notwendig sein. Die Durchführung erfolgt auf Grundlage eines ärztlich erstellten Rehabilitationsplans.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete ambulante Vorsorgekuren bzw. für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Heilbädern oder Kurorten.

Erstattungsfähig sind dabei maximal die beihilfefähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgekuren.

Sofern keine Vorleistung der Beihilfe erfolgt, werden Aufwendungen bis zum 1,5-fachen Betrag der Kosten, welche die GKV hierfür akzeptiert, erstattet.

Die ambulante Vorsorgekur umfasst:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel
- Komplextherapien
- Fahrtkosten
- Kurtaxe
- Ärztlicher Schlussbericht

Die grundsätzliche Erstattungsfähigkeit der vorgenannten Behandlungen ergibt sich aus den jeweiligen in diesem Tarif festgelegten Maßgaben. Für ärztliche Behandlungen sind dies z. B. die Honorargrenzen im Absatz [B.1.2], für Fahrtkosten im Absatz [B.8.3]. Bei Heilmitteln bemisst sich die Obergrenze der berücksichtigungsfähigen Beträge je Anwendung nach der in Absatz [B.3.4] genannten Regelung.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, kann während der Maßnahme auch eine Familien- und Haushaltshilfe unter den in Absatz [B.3.9] genannten Voraussetzungen und entsprechend den dortigen Festlegungen zur Erstattungshöhe in Anspruch genommen werden.

Zusätzlich wird ein Tagegeld in Höhe von 100 EUR pro Tag gezahlt.

Vorgenannte Leistungen werden für max. 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Die medizinische Notwendigkeit der Vorsorgekur muss ärztlich bestätigt werden.

**B.7.5.2
Stationäre
Vorsorgekur**

Eine stationäre Vorsorgekur ist eine unter ärztlicher Aufsicht durchgeführte Heilmaßnahme, die an einem Ort mit natürlichen Heilmitteln (z. B. Moor- und Solebäder, spezielles Klima) erfolgt und darauf ausgerichtet ist, bestehende Beschwerden zu verbessern oder nachhaltig zu lindern. Sie kann auch bei ausgeprägten chronischen Erkrankungen medizinisch notwendig sein. Die Durchführung erfolgt auf Grundlage eines ärztlich erstellten Rehabilitationsplans.

Die Maßnahme muss in einer Kurklinik bzw. einem Sanatorium durchgeführt werden, welches unter ärztlicher Leitung steht und über das erforderliche Fachpersonal sowie die notwendigen medizinischen Einrichtungen zur Durchführung dieser Therapien verfügt.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für stationäre Vorsorgekuren (mit Versorgungsvertrag gem. § 111 Abs. 2 S. 1 SGB V).

Erstattungsfähig sind dabei maximal die beihilfefähigen Aufwendungen für stationäre Vorsorgekuren.

Sofern keine Vorleistung der Beihilfe erfolgt, werden Aufwendungen bis zum 1,5-fachen Betrag der Kosten, welche die GKV hierfür akzeptiert, erstattet.

Die stationäre Vorsorgekur umfasst:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel
- Komplextherapien
- Fahrtkosten
- Unterkunft und Verpflegung
- Aufwendungen der Begleitperson, wenn vor Beginn der Anschlussheilbehandlung die medizinische Notwendigkeit der Begleitung bestätigt wurde
- Kurtaxe
- Ärztlicher Schlussbericht

Die grundsätzliche Erstattungsfähigkeit der vorgenannten Behandlungen ergibt sich aus den jeweiligen in diesem Tarif festgelegten Maßgaben. Für ärztliche Behandlungen sind dies z. B. die Honorargrenzen im Absatz [B.1.2], für Fahrtkosten im Absatz [B.8.3]. Bei Heilmitteln bemisst sich die Obergrenze der berücksichtigungsfähigen Beträge je Anwendung nach der in Absatz [B.3.4] genannten Regelung.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, kann während der Maßnahme auch eine Familien- und Haushaltshilfe unter den in Absatz [B.3.9] genannten Voraussetzungen und entsprechend den dortigen Festlegungen zur Erstattungshöhe in Anspruch genommen werden.

Vorgenannte Leistungen werden für max. 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die medizinische Notwendigkeit der Vorsorgekur muss ärztlich bestätigt werden.
- Die ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort sind für die Erreichung der Rehabilitationsziele nicht mehr ausreichend, weshalb die notwendige Behandlung in einer für die Erkrankung geeigneten Einrichtung stationär erfolgen muss.

B.7.5.3 Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur Eine Mutter-/Vater-Kind-Kur (auch Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme) dient der Behandlung bestehender Erkrankungen der Mutter/des Vaters sowie – sofern erforderlich – des Kindes bzw. der Kinder. Zu diesem Zweck halten sich Mutter/Vater und Kind in einer hierfür vorgesehenen Einrichtung auf, wobei es sich in der Regel um Einrichtungen des Müttergenesungswerks handelt.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für stationäre Mutter-Kind-Kuren / Vater-Kind-Kuren gem. § 41 Abs. 1 SGB V (mit Versorgungsvertrag gem. § 111a SGB V).

Erstattungsfähig sind dabei maximal die beihilfefähigen Aufwendungen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren.

Sofern keine Vorleistung der Beihilfe erfolgt, werden Aufwendungen bis zum 1,5-fachen Betrag der Kosten, welche die GKV hierfür akzeptiert, erstattet.

Die Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur umfasst:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel
- Fahrtkosten
- Unterkunft und Verpflegung
- Kurtaxe
- Ärztlicher Schlussbericht

Die grundsätzliche Erstattungsfähigkeit der vorgenannten Behandlungen ergibt sich aus den jeweiligen in diesem Tarif festgelegten Maßgaben. Für ärztliche Behandlungen sind dies z. B. die Honorargrenzen im Absatz [B.1.2], für Fahrtkosten im Absatz [B.8.3]. Bei Heilmitteln bemisst sich die Obergrenze der berücksichtigungsfähigen Beträge je Anwendung nach der in Absatz [B.3.4] genannten Regelung.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, kann während der Maßnahme auch eine Familien- und Haushaltshilfe unter den in Absatz [B.3.9] genannten Voraussetzungen und entsprechend den dortigen Festlegungen zur Erstattungshöhe in Anspruch genommen werden.

Zu 100 % erstattungsfähig sind auch die verbleibenden Aufwendungen für nicht behandlungsbedürftige Kinder, wenn die Einbeziehung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Die Aufwendungen des Kindes sind dann der Mutter oder dem Vater zuzurechnen.

Hinweis: Wenn allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-/Vater-Kind-Kur. In diesem Fall ist eine stationäre Vorsorgekur für das Kind zu beantragen.

Vorgenannte Leistungen werden für max. 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme muss ärztlich bestätigt werden.

B.8 Notarzfahrten, Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

B.8.1 Notarzfahrten Die verbleibenden Aufwendungen für Notarzfahrten sind zu 100 % erstattungsfähig.

**B.8.2
Rettungs- und
Kranken-
transporte mit
spezieller
medizinischer
Betreuung**

Medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte erfordern eine spezielle medizinische Betreuung. Die verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte ins Krankenhaus

- zur stationären Behandlung oder
- zur ambulanten Notfallbehandlung

sind zu 100 % erstattungsfähig.

**B.8.3
Krankenfahrten**

- a) Krankenfahrt zum/vom Krankenhaus oder in die/von der Reha-Einrichtung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Krankenfahrten zur stationären Behandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder zur medizinischen Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung in die nächstgelegene geeignete Reha-Einrichtung, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann. Gleiches gilt entsprechend für eine Rückfahrt.

Als Krankenfahrten gelten in diesem Zusammenhang auch Fahrten mit

- dem Taxi und öffentlichen Verkehrsmitteln sowie
- dem privatem PKW (Erstattungsfähig ist der Kilometersatz der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetz).

- b) Sonstige medizinisch notwendige Krankenfahrten

Im Sinne des vorstehenden Abs. a) gelten gleichermaßen medizinisch notwendige Krankenfahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort bei:

- ambulanten Apherese- und Dialysebehandlungen,
- ambulanten Strahlen- oder Chemotherapien bei Krebs,
- ambulanten Operationen und nachoperative Behandlungen,
- ambulanten oder zahnärztlichen Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Geh- oder Sehunfähigkeit bzw. einer Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit) oder BI (Blindheit),
- ambulanten oder zahnärztlichen Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Fahruntüchtigkeit wegen Unfall, Krankheit oder ärztlicher Behandlung sowie
- ambulanten oder zahnärztlichen Behandlungen bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, 4 oder 5

als erstattungsfähig.

Was ist der nächstgelegene geeignete Behandlungsort?

Eine Fahrt von oder zur Behandlung im Umkreis von 100 km gilt immer als nächstliegender Behandlungsort im Sinne dieser vorgenannten Regelung.

**B.8.4
Bergung**

Erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen einer Bergung der versicherten Person bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 EUR pro Versicherungsfall.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Die Bergung muss notwendig sein, um die versicherte Person aus einer Situation zu befreien, in der für sie eine unmittelbare Gefahr für ihre körperliche Unversehrtheit und ihr Leben besteht.

B.9 Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit

B.9.1 Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) und Kryokonservierung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen und Arzneimittel zur künstlichen Befruchtung (Insemination, In-Vitro-Fertilisation/IVF, In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion/ICSI).

Darüber hinaus sind die verbleibenden Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzellen-Gewebe nebst ärztlichen Leistungen zu 100 % erstattungsfähig, wenn sie medizinisch erforderlich ist. Ein Anlass hierfür kann auch eine bestehende Krebserkrankung sein, bei der eine geplante Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen wird.

In den Fällen, in denen die versicherte Person oder ihr Ehepartner bzw. Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) einen Anspruch gegen einen anderen Kostenträger hat, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen und es werden die danach verbleibenden Kosten erstattet.

Sofern die Herbeiführung der Schwangerschaft im Ausland durchgeführt werden soll, werden die Aufwendungen hierfür nicht erstattet, wenn die Behandlung nach deutschem Recht nicht zulässig wäre.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Es besteht seit mindestens 8 Monaten ununterbrochen Versicherungsschutz in diesem Tarif (8-Monats-Vorversicherungszeitraum).
- Die versicherte Person ist aus organischen Gründen unfruchtbar oder zeugungsunfähig.
- Die jeweilige Maßnahme stellt nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft dar.
- Die Behandlung erfolgt bei der versicherten Person und ihrem Ehe- oder Lebenspartner (LPartG).
- Es werden ausschließlich die Ei- oder Samenzellen des Ehe- oder des Lebenspartners (LPartG) verwendet.
- Es besteht eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode.

Hinweis:

Vor Beginn einer Kinderwunschbehandlung oder Kryo-Konservierung wird empfohlen, die Leistungszusage bei der LKH einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für die Kostenerstattung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.

B.9.2 Schwangerschaftsverhütung

Zu 100 % erstattungsfähig sind verbleibende Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung.

Darüber hinaus sind auch die verbleibenden Aufwendungen für Hormon-Tabletten zur Notfallverhütung („Pille danach“) zu 100 % erstattungsfähig.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Die Aufwendungen für Schwangerschaftsverhütung sind bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres erstattungsfähig.
- Die Mittel müssen von einem Arzt [B.1.1] verordnet und aus der Apotheke bezogen werden.

**B.9.3
Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und eines nach deutschem Recht nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt [B.1.1].

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Der Anspruch auf Leistungen bei einem nach deutschem Recht nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) vorgenommen wird.

**B.9.4
Zusätzliche Leistung im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung**

a) Schwangerschaft und Entbindung

Zu 100 % erstattungsfähig im Falle einer Schwangerschaft und Entbindung sind zusätzlich die verbleibenden Aufwendungen für

- Beleghebammen bzw. Belegentbindungspfleger,
- Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der „Mutterschafts-Richtlinien“ [B.7.2]
- Geburtsvorbereitung,
- Schwangerschaft- und Rückbildungsgymnastik [B.3.4],
- die Behandlung und Unterbringung im Geburtshaus.

b) Haushaltshilfe

Zu 100 % erstattungsfähig sind zusätzlich die verbleibenden Aufwendungen einer Haushaltshilfe bis zu einem Rechnungsbetrag 50 EUR pro Tag, wenn die versicherte Person wegen Schwangerschaft und Entbindung ihren Haushalt nicht weiterführen kann.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

- Es liegt eine ärztliche Bestätigung vor, dass die versicherte Person aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung ihren Haushalt nicht weiterführen kann.
- Keine andere Person im selben Haushalt kann den Haushalt weiterführen.
- Die Haushaltshilfe ist keine verwandte oder verschwägerte Angehörige 1. oder 2. Grades.

c) Hausgeburt

Bei einer häuslichen Entbindung wird eine Kostenpauschale in Höhe von 2.000 EUR geleistet. Ein Mehrlingsgeburt gilt in dieser Hinsicht als eine Geburt.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Im Rahmen der Entbindung werden keine stationären Leistungen für die versicherte Mutter in Anspruch genommen.

**B.9.5
Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung und 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.10
Organspende
und -
transplantation**

Die nachfolgend beschriebenen Tarifleistungen beziehen sich auf einen nach deutschem Recht zulässigen durchgeführten chirurgischen Eingriff, bei dem Organe oder Gewebe von einer anderen lebenden Person (Organspender) auf die versicherte Person (Organempfänger) übertragen werden.

- a) Leistungen für die versicherte Person (Organempfänger)

Zu 100 % erstattungsfähig sind im Umfang der tariflichen Leistungszusage die verbleibenden Aufwendungen für die versicherte Person im Zusammenhang mit der Organtransplantation.

b) Leistungen für den Organspender

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für den Organspender im Zusammenhang mit der Entnahme eines Spender-Organs/-Gewebes oder von Stammzellen. Darüber hinaus erstattet die LKH zu 100 % der verbleibenden Aufwendungen für den tatsächlich entstandenen Verdienstausschlag, der dem Organspender im Zusammenhang mit der Entnahme eines Spender-Organs/-Gewebes entsteht. Dazu zählen auch die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber seinem Arbeitgeber hat, erstattet die LKH anstelle des Verdienstausschlags auf Antrag des Arbeitgebers das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge und Beiträge zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung an den Organspender.

c) Bereitstellung des Spender-Organs/-Gewebes

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für die Bereitstellung des Spender-Organs bzw. Spender-Gewebes oder von Stammzellen nach dem Transplantationsgesetz (TPG).

**B.11
Sucht-
entwöhnung bei
Substanz-
abhängigkeit**

Eine Suchtentwöhnung bezieht sich auf den Prozess der Entgiftung und Rehabilitation von Personen, die von einer Substanz, wie beispielsweise Alkohol, Drogen und Medikamenten abhängig sind (nicht jedoch Nikotinsucht). Erstattet werden die verbleibenden Aufwendungen für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen.

a) Ambulante Suchtentwöhnung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für eine ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit in Einrichtungen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

b) Stationäre Suchtentwöhnung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für eine stationäre Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit gemäß Abs. B.5 (Stationäre Leistungen).

Insgesamt sind bis zu 3 Suchtentwöhnungen erstattungsfähig; die erste Entwöhnungsbehandlung ohne vorherige Genehmigung und schriftliche Zusage. Die weiteren Suchtentwöhnungen bedürfen der vorherigen schriftlichen Zusage durch die LKH.

In den Fällen, in denen die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Kostenträger hat, geht dieser Anspruch vor. Die Leistungen dieser Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Hinweis:

Vor Beginn einer Suchtbehandlung wird empfohlen, die Leistungszusage bei der LKH einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für die Erstattung einer Suchtbehandlung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.

**B.12
Digitale
Gesundheits-
anwendung**

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind Programme oder Anwendungen, die digitale Technologien nutzen, z. B. Apps, Software oder Online-Plattformen, um die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen oder zu behandeln.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Behandlung, sofern die jeweilige Anwendung im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß §139e SGB V (sogenanntes „DiGA-Verzeichnis“) gelistet ist und die Erstattung die dort festgelegten Herstellerpreise nicht überschreitet.

Erstattungsfähig sind auch digitale Gesundheitsanwendungen, die über das DiGA-Verzeichnis hinausgehen bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von einem Arzt, Zahnarzt oder nicht ärztlichen Psychotherapeuten [B.1.1] verordnet werden.

Was wird nicht erstattet?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Anschaffung elektronischer Geräte und Betriebssysteme und deren Unterhalts- oder Betriebskosten, die für die Nutzung der digitalen Anwendungen eingesetzt werden.

B.13 Leistungen im Ausland

B.13.1 Erweiterung des Geltungsbereichs 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.13.2 Behandlungen im Ausland

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen nach den Absätzen B.1 bis B.13 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.

B.13.3 Rücktransporte aus dem Ausland

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport einer versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächstgelegene geeignete Krankenhaus sind folgende verbleibenden Aufwendungen für Transporte zu 100 % erstattungsfähig:

- a) Rettungsflug mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug, der von einem anerkannten Flugunternehmen gemäß den Richtlinien für Ambulanzflüge durchgeführt wird. Voraussetzung für die Erstattung bzw. die Kostenzusage ist, dass eine ärztliche Bescheinigung vorliegt, nach der der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben der versicherten Person retten zu können.
- b) Sonstige medizinisch notwendige und ärztlich bescheinigte Krankenrücktransporte (einschließlich notwendiger Mehrkosten) aus dem Ausland bis zu dem Fünffachen der Kosten eines Erste-Klasse-Fluges einer Person im Linienverkehr. Die Begrenzung auf das „Fünffache“ entfällt, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung im Ausland nachweislich nicht gewährleistet und eine mindestens 14-tägige stationäre Behandlung in Deutschland erforderlich ist.

Mehrkosten können entstehen, wenn z. B.

- ein schnelleres oder schneller verfügbares Transportmittel genutzt wird,
- die versicherte Person liegend transportiert werden muss,
- medizinisch geschultes Begleitpersonal erforderlich ist,
- eine Begleitperson für eine minderjährige oder umfangreich pflegebedürftige versicherte Person erforderlich ist oder
- auch die minderjährigen und angehörigen Kinder der versicherten Person zurücktransportiert werden müssen.

Hinweis zu Punkt b):

Es wird empfohlen, vor Beginn des Krankenrücktransportes von der LKH bzw. von einem von der LKH beauftragten Unternehmen prüfen zu lassen, ob und in welcher Höhe Aufwendungen erstattungsfähig sind.

**B.13.4
Überführung
zum Wohnsitz
oder Bestattung
im Ausland**

- a) Überführung zum Wohnsitz

Verstirbt eine versicherte Person im Ausland und soll die Beisetzung am Wohnsitz stattfinden, so sind die verbleibenden Aufwendungen für den Transport und die unmittelbaren verbleibenden Kosten zur Veranlassung einer Überführung des Leichnams zu 100 % und bis zu einem Rechnungsbetrag von 10.000 EUR erstattungsfähig.

- b) Bestattung im Ausland

Soll die verstorbene versicherte Person im Ausland bestattet werden, so sind die verbleibenden Aufwendungen hierfür zu 100 % bis zu der Höhe erstattungsfähig, die alternativ bei Überführung des Leichnams nach a) zum Wohnsitz angefallen wäre, höchstens jedoch bis zu einem Rechnungsbetrag von 10.000 EUR.

**B.13.5
Leistungen für
eine am Aufent-
haltsort verblei-
bende minder-
jährige oder
umfangreich
pflegebedürftige
Personen**

Zu 100 % erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für den Rücktransport einer minderjährigen oder umfangreich pflegebedürftigen versicherten Person nach Deutschland bzw. in die Nähe des Wohnsitzes, wenn eine erwachsene Begleitperson am Aufenthaltsort aus den nachfolgenden Gründen nicht mehr zur Verfügung steht:

Die erwachsene Begleitperson

- ist verstorben,
- muss selbst aus medizinischen Gründen zurücktransportiert werden,
- befindet sich aus medizinischen Gründen länger als zwei Tage in einer stationären Behandlung oder
- hat eine andere Person beim Rücktransport zu begleiten

und keine weitere erwachsene Begleitperson am Aufenthaltsort ist mehr verfügbar.

Für die Rückreise ist das kostengünstigste Verkehrsmittel zu wählen.

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.13 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.

D. Anhang - Vorsorgekatalog

Wann und für wen?	Was?	Wie oft?	Abrechnung nach GOÄ																																																						
Vorsorgeuntersuchungen nach Alter ¹																																																									
0 – 10 J. w / m ²	Vorsorgeleistungen für Kinder zur Früherkennung von Krankheiten	Jede U-Untersuchung ein Mal	Die Untersuchungen U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U7a, U8, U9, U10 und U11 werden jeweils nach GOÄ 25 oder 26 abgerechnet. <table border="0"> <thead> <tr> <th><u>GOÄ</u></th> <th><u>Leistungsbeschreibung</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>Neugeborenen-Erstuntersuchung</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>Früherkennungsuntersuchung beim Kind</td> </tr> <tr> <td>3691.H1</td> <td>Zu U1 – Screening auf Sichelzellerkrankheit</td> </tr> <tr> <td>4872</td> <td>Zu U1 – Screening auf Spinale Muskelatrophie</td> </tr> <tr> <td>3922</td> <td>Zu U1 – Screening auf Mukoviszidose (auch in Verbindung mit Ziffern 3796, 3920 und 3924)</td> </tr> <tr> <td>250A</td> <td>Zu U2 - Kapillarblutentnahme</td> </tr> <tr> <td>602</td> <td>Oxymetrische Untersuchung</td> </tr> <tr> <td>614</td> <td>Zu U2 – Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks</td> </tr> <tr> <td>3504</td> <td>Zu U2 – Erythrozyten</td> </tr> <tr> <td>3711</td> <td>Zu U2 – Blutsenkung</td> </tr> <tr> <td>3758</td> <td>Zu U2 – Guthrie-Test</td> </tr> <tr> <td>4030</td> <td>Zu U2 – Schilddrüsenhormon</td> </tr> <tr> <td>4035</td> <td>Zu U2 – 17-OH-Progesteron</td> </tr> <tr> <td>4783</td> <td>Zu U2 – Polymerasekettenreaktion (SCI- und SMA)</td> </tr> <tr> <td>3789</td> <td>Zu U2 – Biotinidase</td> </tr> <tr> <td>3790, 3776A</td> <td>Zu U2 – Galaktose</td> </tr> <tr> <td>4078</td> <td>Zu U2 – Carnitin</td> </tr> <tr> <td>4079</td> <td>Zu U2 – Massenspektromien</td> </tr> <tr> <td>1401</td> <td>Zu U2, U8 und U9 – Hörtest</td> </tr> <tr> <td>250</td> <td>Zu U2 - U9 – Blutabnahme</td> </tr> <tr> <td>716/718</td> <td>Zu U2 - U9 – Orientierende Beurteilung der Entwicklung / Interaktion (bzw. Höchstwert)</td> </tr> <tr> <td>717/718</td> <td>Zu U2 - U9 – Überprüfung Sprachverständnis, Sprachvermögen, Sozialverhalten (bzw. Höchstwert)</td> </tr> <tr> <td>1216</td> <td>Zu U2 - U9 – Sehtest (Untersuchung auf Heterophorie/ Strabismus)</td> </tr> <tr> <td>413</td> <td>Zu U3 – Ultraschalluntersuchung</td> </tr> <tr> <td>1404</td> <td>Zu U8 – Sprachaudiometrische Untersuchung</td> </tr> <tr> <td>3511</td> <td>Zu U8 und U9- Harnstreifentest</td> </tr> </tbody> </table>	<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>	25	Neugeborenen-Erstuntersuchung	26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind	3691.H1	Zu U1 – Screening auf Sichelzellerkrankheit	4872	Zu U1 – Screening auf Spinale Muskelatrophie	3922	Zu U1 – Screening auf Mukoviszidose (auch in Verbindung mit Ziffern 3796, 3920 und 3924)	250A	Zu U2 - Kapillarblutentnahme	602	Oxymetrische Untersuchung	614	Zu U2 – Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	3504	Zu U2 – Erythrozyten	3711	Zu U2 – Blutsenkung	3758	Zu U2 – Guthrie-Test	4030	Zu U2 – Schilddrüsenhormon	4035	Zu U2 – 17-OH-Progesteron	4783	Zu U2 – Polymerasekettenreaktion (SCI- und SMA)	3789	Zu U2 – Biotinidase	3790, 3776A	Zu U2 – Galaktose	4078	Zu U2 – Carnitin	4079	Zu U2 – Massenspektromien	1401	Zu U2, U8 und U9 – Hörtest	250	Zu U2 - U9 – Blutabnahme	716/718	Zu U2 - U9 – Orientierende Beurteilung der Entwicklung / Interaktion (bzw. Höchstwert)	717/718	Zu U2 - U9 – Überprüfung Sprachverständnis, Sprachvermögen, Sozialverhalten (bzw. Höchstwert)	1216	Zu U2 - U9 – Sehtest (Untersuchung auf Heterophorie/ Strabismus)	413	Zu U3 – Ultraschalluntersuchung	1404	Zu U8 – Sprachaudiometrische Untersuchung	3511	Zu U8 und U9- Harnstreifentest
<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>																																																								
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung																																																								
26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind																																																								
3691.H1	Zu U1 – Screening auf Sichelzellerkrankheit																																																								
4872	Zu U1 – Screening auf Spinale Muskelatrophie																																																								
3922	Zu U1 – Screening auf Mukoviszidose (auch in Verbindung mit Ziffern 3796, 3920 und 3924)																																																								
250A	Zu U2 - Kapillarblutentnahme																																																								
602	Oxymetrische Untersuchung																																																								
614	Zu U2 – Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks																																																								
3504	Zu U2 – Erythrozyten																																																								
3711	Zu U2 – Blutsenkung																																																								
3758	Zu U2 – Guthrie-Test																																																								
4030	Zu U2 – Schilddrüsenhormon																																																								
4035	Zu U2 – 17-OH-Progesteron																																																								
4783	Zu U2 – Polymerasekettenreaktion (SCI- und SMA)																																																								
3789	Zu U2 – Biotinidase																																																								
3790, 3776A	Zu U2 – Galaktose																																																								
4078	Zu U2 – Carnitin																																																								
4079	Zu U2 – Massenspektromien																																																								
1401	Zu U2, U8 und U9 – Hörtest																																																								
250	Zu U2 - U9 – Blutabnahme																																																								
716/718	Zu U2 - U9 – Orientierende Beurteilung der Entwicklung / Interaktion (bzw. Höchstwert)																																																								
717/718	Zu U2 - U9 – Überprüfung Sprachverständnis, Sprachvermögen, Sozialverhalten (bzw. Höchstwert)																																																								
1216	Zu U2 - U9 – Sehtest (Untersuchung auf Heterophorie/ Strabismus)																																																								
413	Zu U3 – Ultraschalluntersuchung																																																								
1404	Zu U8 – Sprachaudiometrische Untersuchung																																																								
3511	Zu U8 und U9- Harnstreifentest																																																								
13 – 14 J. w / m	Vorsorgeleistungen für Jugendliche Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	ein Mal	<table border="0"> <thead> <tr> <th><u>GOÄ</u></th> <th><u>Leistungsbeschreibung</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>32</td> <td>Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz</td> </tr> <tr> <td>250</td> <td>Blutabnahme</td> </tr> </tbody> </table>	<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>	32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	250	Blutabnahme																																																
<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>																																																								
32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz																																																								
250	Blutabnahme																																																								
16 – 17 J. w / m	Vorsorgeleistungen für Jugendliche Jugendgesundheitsuntersuchung (J2)	ein Mal	<table border="0"> <thead> <tr> <th><u>GOÄ</u></th> <th><u>Leistungsbeschreibung</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>32</td> <td>Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz</td> </tr> <tr> <td>250</td> <td>Blutabnahme</td> </tr> <tr> <td>3514</td> <td>Glukose</td> </tr> </tbody> </table>	<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>	32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	250	Blutabnahme	3514	Glukose																																														
<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>																																																								
32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz																																																								
250	Blutabnahme																																																								
3514	Glukose																																																								

¹ Altersangabe: abweichend zu A.1. (z. B. steht 0-10 Jahre (J.) für den Zeitraum bis zum 11. Geburtstag)

² Abkürzung: w = weibliche Person; m = männliche Person; KJ = Kalenderjahr

18 – 35 J. w / m	Allgemeine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, insbesondere des Blutes, von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus	ein Mal	<u>GOÄ</u> 29 250 3550 3560 3562 3511 3595.H1 3594.H1 3594.H1	<u>Leistungsbeschreibung</u> Früherkennung beim Erwachsenen Blutentnahme Blutbild Glukose Cholesterin Untersuchung eines Körpermaterials GPT (Glutamatpyruvattransaminase) GOT (Glutamatoxalacetattransaminase) Gamma-GT
20 – 34 J. w	Spezielle Krebsvorsorge für Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	ein Mal pro KJ ²	<u>GOÄ</u> 27 250 3501 3503 297/298 410 403 4815A 4851	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Frau Blutabnahme Blutsenkung Blutwert Hämatokrit (auch 3504-3506) Abstrich zur zytologischen Untersuchung Ultraschalluntersuchung ein Organ Zuschlag transkavitäre Untersuchung Dünnschichtzytologie Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Bis 25 J. w	Chlamydien - Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 1 297 4253 4265	<u>Leistungsbeschreibung</u> Beratung Abstrich zur zytologischen Untersuchung Qualitativer Antikörper-Nachweis Quantitative Antikörper-Bestimmung
Ab 25 J. w	Spezielle Krebsvorsorge für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 27	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Frau
Ab 30 J. w	Mammographie für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs oder:	alle drei KJ, ab Alter 50 alle zwei KJ	<u>GOÄ</u> 1 2 60 5265 5266 5298	<u>Leistungsbeschreibung</u> Beratung Befundübermittlung Konsiliarische Erörterung analog Doppelbefundung 2 x Mammographie einer Seite, eine Ebene oder 2 x Mammographie einer Seite, zwei Ebenen Zuschlag für digitale Radiographie
Ab 30 J. w	Ultraschalluntersuchung für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs	alle drei KJ, ab Alter 50 alle zwei KJ	<u>GOÄ</u> 1 7 418 420 420 401	<u>Leistungsbeschreibung</u> Beratung Vollständige körperliche Untersuchung Ultraschalluntersuchung einer Brust Ultraschalluntersuchung der anderen Brust Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite Zuschlag Duplex-Verfahren

Ab 35 J. w / m	Allgemeine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, insbesondere des Blutes, von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus	alle drei KJ	<u>GOÄ</u> 29 250 3531 3583.H1 3550 3560 3562 3563.H1 3564.H1 3565.H1 3585.H1 3595.H1 3594.H1 3593.H1 3511 410 420 651/652	<u>Leistungsbeschreibung</u> Früherkennung beim Erwachsenen Blutentnahme Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment) Bestimmung der Laborwerte (Harnsäure) Blutbild Glukose Cholesterin HDL-Cholesterin LDL-Cholesterin Triglyzeride Kreatinin GPT (Glutamatpyruvattransaminase) GOT (Glutamatoxalazetattransaminase) Gamma-GT Untersuchung eines Körpermaterials Ultraschalluntersuchung der ersten Niere Ultraschalluntersuchung der zweiten Niere EKG / EKG bei Ruhe / bei Ergonomie
	Hautkrebsfrüherkennung	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 27 28 750	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Frau oder Krebsvorsorgeuntersuchung Mann Auflichtmikroskopie der Haut
	Hepatitis B- und C-Früherkennung	einmalig während Versicherungsdauer oder anlassbezogen	<u>GOÄ</u> 250 4381 4393	<u>Leistungsbeschreibung</u> Blutentnahme Untersuchung auf Hepatitis B-Antigen Untersuchung auf Hepatitis C-Antigen
Ab 35 J. w	Spezielle Krebsvorsorge für Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs inkl. HPV-Test	alle drei KJ	<u>GOÄ</u> 27 250 3501 3503 297/298 410 403 4815A 4851 4780 4783 4785	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Frau Blutentnahme Blutsenkung Blutwert Hämatokrit (auch 3504-3506) Abstrich zur zytologischen Untersuchung Ultraschall mehrere Organe (mit 420) Zuschlag transkavitäre Untersuchung Dünnschichtzytologie Zytologischen Untersuchung zur Krebsdiagnostik Isolierung von Nukleinsäuren Amplifikation von Nukleinsäuren mit PCR Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung
Ab 40 J. m	Spezielle Krebsvorsorge für Männer zur Früherkennung von Prostatakrebs	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 28 250 3501 3503 410 403 3908.H3	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Mann Blutentnahme Blutsenkung Blutwert Hämatokrit (auch 3504-3506) Ultraschall mehrere Organe (mit 420) Zuschlag transkavitäre Untersuchung Prostata-spezifisches Antigen

Ab 50 J. w / m	Osteoporose- Vorsorge	alle drei KJ	<u>GOÄ</u> 410 5380	<u>Leistungsbeschreibung</u> Ultraschalluntersuchung Osteodensitometrie
50 – 54 J. w / m	Darmkrebsfrüh- erkennung	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 1 7 11 3500 3735A 3736A	<u>Leistungsbeschreibung</u> Beratung Vollständige körperliche Untersuchung Digitaluntersuchung Mastdarm Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung Stuhltest auf okkultes Blut quantitativ Stuhltest auf okkultes Blut qualitativ
	oder:			
Ab 50 J. w / m	Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs	insgesamt zwei Mal (zweite Darm- spiegelung zehn KJ nach der ersten)	<u>GOÄ</u> 1 7 11 250 3960 415 452 602 650 687 4800	<u>Leistungsbeschreibung</u> Beratung Vollständige körperliche Untersuchung Digitaluntersuchung Mastdarm Blutentnahme Quickwert Transrektale Ultraschalluntersuchung Intravenöse Kurznarkose - mehrmalig Oxymetrische Untersuchung EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen Hohe Koloskopie (oder 688 – 690, 705) Histologische Untersuchung (+4801, 4810)
Ab 65 J. m	Früherkennung von Bauchaorten- aneurysmen (zusätzlich zu den Vorsorgeziffern)	einmalig während der Versiche- rungsdauer oder anlass- bezogen	<u>GOÄ</u> 410 420 401 404	<u>Leistungsbeschreibung</u> Ultraschalluntersuchung 1 Organ Ultraschalluntersuchung weitere Organe Zuschlag Duplex-Verfahren Zuschlag Frequenzspektrumanalyse

Weitere Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzung

w	Schwangerschafts- vorsorge und Unter- suchungen nach der Geburt Allgemeine Untersuchungen vor der Geburt, vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesus-Faktors, Fruchtwasseruntersuchung sowie Untersuchungen nach der Geburt	Ziel der Unter- suchungen und Beratungen ist die Abwendung aller möglichen Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind.	<u>GOÄ</u> 22 23 24 250 410 415 1002 1011 3550 3511 3510 3517 3531 3613 3743 3982 3987	<u>Leistungsbeschreibung</u> Eingehende Beratung einer Schwangeren Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf Blutentnahme Ultraschalluntersuchung zur Amniozentese (2x) Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge Externe kardioto-kographische Untersuchung Amniozentese Blutbild Untersuchung Körpermaterial Differenzierte Färbungen (2x) Hämoglobinbestimmung Urinsediment Glukosetoleranztest Alpha-Fetoprotein Bestimmung Blutgruppe / Rhesusfaktor Antikörper-Suchtest
----------	---	---	---	--

			4265 Chlamydien-Nachweis 4232 Lues-Test 4306 Röteln-HAH-Test 4381 Nachweis Hepatitis B 4395 HIV-Test 4873 Chromosomenanalyse (2x) 4871A Anlage weiterer Zellkulturen In der ersten Woche nach der Geburt: 1 Beratung 7 Vollständige körperliche Untersuchung 3550 Blutbild Sechs bis acht Wochen nach der Geburt: 1 Beratung 7 Vollständige körperliche Untersuchung 651 EKG 3550 Blutbild 3560 Glukose 3760 Protein im Urin
w / m	Tuberkulose- untersuchung	einmalig während der Versi- cherungs- dauer oder anlass- bezogen	<u>GOÄ</u> <u>Leistungsbeschreibung</u> 1 Beratung 7 Vollständige körperliche Untersuchung 384 Stempeltest 5135 oder Röntgenaufnahme der Brustorgane 5137