

## Tarif BeihilfeUpgrade Klinik

(Tarife BK10, BK11, BK15, BK20, BK22, BK25, BK30, BK35, BK40, BK45, BK50, BK100)

Die folgende Übersicht soll Ihnen eine schnelle Orientierung über die wichtigsten tariflichen Leistungen, die Optionsrechte und die Erstattungssystematik geben. Die Inhalte sind verkürzt dargestellt. Die vollständige und rechtsverbindliche Festlegung der Tarifleistungen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen ab Seite 2.

**Die Tarifleistungen ergeben sich aus den nachfolgend definierten erstattungsfähigen Aufwendungen und sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig:**

### Stationäre Leistungen

gesondert berechenbare

- ärztliche Leistungen (Wahlarzt und Belegarzt); keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; Erstattung von Auslandsleistungen nach ortsüblichen Sätzen

gesondert berechenbare Unterbringung

- im Zweibettzimmer
- im Familienzimmer bei Entbindung bis zur Höhe der Kosten für ein Zweibettzimmer

### Medizinische Rehabilitationen, Anschlussrehabilitationen, Kur-/Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren)

gesondert berechenbare

- ärztliche Leistungen (Wahlarzt und Belegarzt); keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; Erstattung von Auslandsleistungen nach ortsüblichen Sätzen

gesondert berechenbare Unterbringung

- im Zweibettzimmer

### 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, ohne in dieser Zeit Anspruch auf Elterngeld zu haben; bis zu 6 Monate je Kind

### Leistungen im Ausland

#### Optionsrechte

Erweiterungsoption aufgrund von Statuswechsel

Wechsel in Tarife der GKV-Zusatzversicherung bei Eintritt der Versicherungspflicht

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

<b>A.</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag .....</b>	<b>4</b>
<b>A.1</b>	<b>Versicherungsfähigkeit .....</b>	<b>4</b>
<b>A.2</b>	<b>Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs .....</b>	<b>4</b>
<b>A.3</b>	<b>Sonderbedingungen für Beamtenanwärter .....</b>	<b>4</b>
A.3.1	Versicherungsfähigkeit in den Beamtenanwärtertarifstufen .....	4
A.3.2	Beitrag in der Beamtenanwärtertarifstufe .....	5
A.3.3	Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen .....	5
A.3.4	Optionsrecht für Beamtenanwärter .....	5
<b>A.4</b>	<b>Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen) .....</b>	<b>5</b>
A.4.1	Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifstufen .....	5
A.4.2	Beitrag in der Ausbildungsstufe .....	6
A.4.3	Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen .....	6
<b>A.5</b>	<b>Tarifkombinationen .....</b>	<b>6</b>
<b>A.6</b>	<b>Optionsrechte .....</b>	<b>6</b>
<b>B.</b>	<b>Leistungsumfang .....</b>	<b>7</b>
<b>B.1</b>	<b>Grundlagen der Leistungserbringung .....</b>	<b>7</b>
B.1.1	Leistungserbringer .....	7
B.1.2	Honorargrenzen .....	8
B.1.3	Besonderheiten bei Reisen in Länder außerhalb der EU/EWR zum Zweck der Behandlungen ..	8
B.1.4	Angemessene Heilbehandlungen .....	8
B.1.5	Anerkannte Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel .....	8
B.1.6	Subsidiaritätsklausel .....	9
B.1.7	Bereicherungsverbot .....	9
B.1.8	Keine Leistungspflicht der LKH .....	9
B.1.9	Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen .....	9
B.1.10	Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen .....	9
B.1.11	Anzeigeobliegenheit bei Krankenhausbehandlung .....	10
<b>B.2</b>	<b>Erstattungsfähige Leistungen und Erstattungssystematik .....</b>	<b>10</b>
B.2.1	Erstattungsfähige Leistungen .....	10



B.2.2	Erstattungssystematik .....	10
<b>B.3</b>	<b>Stationäre Leistungen .....</b>	<b>11</b>
B.3.1	Stationäre Behandlung im Krankenhaus .....	11
B.3.2	Ersatzkrankenhaustagegeld (Ersatz-KHT) .....	12
<b>B.4</b>	<b>Medizinische Rehabilitationen, Anschlussheilbehandlungen und Kur-/ Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren) .....</b>	<b>12</b>
<b>B.5</b>	<b>Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung und während der Elternzeit .....</b>	<b>13</b>
<b>B.6</b>	<b>Leistungen im Ausland .....</b>	<b>14</b>
B.6.1	Erweiterung des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU .....	14
B.6.2	Behandlungen im Ausland .....	14

## Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif BeihilfeUpgrade Klinik, Teil II (Tarife BK10, BK11, BK15, BK20, BK22, BK25, BK30, BK35, BK40, BK45, BK50, BK100)

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 Versicherungsfähigkeit** Nach diesem Tarif sind Personen versicherungsfähig, die im Krankheitsfall einen Anspruch auf Beihilfe nach den Verordnungen des Bundes oder der Länder haben, deren berücksichtigungsfähige Angehörige sowie Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.

Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Sofern der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nachkommt, stellt der Versicherer den Versicherungsschutz zum 1. des Monats um, der auf den Monat folgt, in dem der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt. Für die versicherten Personen wird dann der Versicherungsschutz in die produktnahen Tarife für Nichtbeihilfeberechtigte umgestellt - auch nach Eintritt des Versicherungsfalls. § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist anzuwenden.

**A.2 Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs** Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs auf stationäre Wahlleistungen oder Änderung des Beihilfebemessungssatzes hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der bestehende Krankheitskostentarif seitens des Versicherers so angepasst wird, dass der weggefallene Teil des Beihilfeanspruchs oder der veränderte Beihilfebemessungssatz ausgeglichen wird. Sollte aufgrund von Länderwechsel (bspw. wegen Wechsel des Dienstherrn) der Anspruch auf stationäre Wahlleistungen entstehen, wird in diesem Falle der hinzukommende Teil des Beihilfeanspruchs auf stationäre Wahlleistungen bedarfsgerecht angepasst. Sofern der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach eingetretener Änderung gestellt wird, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten zum 1. des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird die Änderung nicht fristgemäß beantragt, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats. Ist der Versicherungsschutz dann höher, kann der Versicherer einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

### A.3 Sonderbedingungen für Beamtenanwärter

**A.3.1 Versicherungsfähigkeit in den Beamtenanwärtaristufen** Versicherungsfähig nach den Sonderbedingungen sind Personen, die das 38. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und

- sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf (Beamtenanwärter) befinden und einen Anspruch auf Beihilfe nach den Verordnungen des Bundes oder der Länder haben sowie
- deren berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Abs. 1 LPartG, sofern und solange die Person unter a) in den Sonderbedingungen dieser Tarife versichert ist.

Das Versicherungsverhältnis endet nach den Sonderbedingungen

- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit,
- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet,
- bei vorzeitiger Aufgabe der Ausbildung oder
- bei einer Unterbrechung der Ausbildung von mehr als sechs Monaten.

Der Beendigungsgrund ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dessen Eintritt schriftlich anzuzeigen.

Hinweis zum Eintritt von Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Ausbildung bzw. des Studiums

Für Personen, bei denen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung zu einem Beamtenberuf Arbeitslosigkeit eintritt und kein Anspruch auf Beihilfe oder anderweitige Leistungen (z. B. aus der gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sowie für die berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Lebenspartner, kann als Fortsetzung der bisherigen Beamtenanwärtertarifstufen die jeweiligen Tarife mit einem Erstattungs-Prozentsatz von 100 % abgeschlossen werden.

In diesem Fall endet das Versicherungsverhältnis bei Ende der Arbeitslosigkeit, jedoch spätestens mit Ablauf von 18 Monaten, nachdem die Ausbildung geendet hat.

Bestand bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik100, so kann dieser auch ohne eine zeitliche Begrenzung fortgeführt werden.

*Beispiel: Ist die Person bisher nach Tarif BeihilfeUpgrade50B versichert, so kann der Versicherungsschutz nach Tarif BeihilfeUpgrade100B fortgeführt werden. Ist der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik100B bereits abgesichert, so kann dieser unverändert fortgeführt werden.*

**A.3.2  
Beitrag in der  
Beamtenan-  
wärtertarifstufe**

Die monatlichen Beitragsraten für die Zeit der Ausbildung richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter bei Eintritt (Eintrittsalter) und ergeben sich aus der nach den technischen Berechnungsgrundlagen erstellten Beitragsübersicht.

Die bei Versicherungsbeginn maßgebliche Altersstufe bleibt für eine Versicherungsdauer von 36 Monaten bestehen. Die Beiträge werden nach 36 Monaten zu dem dann erreichten Lebensalter zum 01. des folgenden Monats neu festgesetzt. Im Falle einer Ausbildung, die über die 36 Monate hinausgeht, ist der Beitrag der dann erreichten Altersgruppe des Tarifs zu zahlen. Die Bestimmungen gemäß § 8b AVB/KKV GU zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.

**A.3.3  
Obligatorischer  
Entfall der  
Sonder-  
bedingungen**

Die Versicherung zu den Sonderbedingungen endet in den Beamtenanwärtertarifstufen obligatorisch zu Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 38. Lebensjahres folgt. Die Versicherung wird ab diesem Zeitpunkt zu den allgemeinen Bedingungen (mit Bildung von Alterungsrückstellungen) fortgeführt.

**A.3.4  
Optionsrecht für  
Beamtenan-  
wärter**

Endet das Versicherungsverhältnis aus einem der vorgenannten Gründe (Abs. A.3.1), so hat die versicherte Person das Recht auf Fortsetzung der Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung mit dem dann erreichten tariflichen Lebensalter nach allen anderen verkaufsoffenen Krankheitskostentarifen, in denen Versicherungsfähigkeit besteht und für die die AVB/KKV GU gültig sind.

Dieses Optionsrecht gilt für eine Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung.

**A.4  
Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen)**

**A.4.1  
Versicherungsfähigkeit in den  
Ausbildungs-  
tarifstufen**

Versicherungsfähig nach den besonderen Bedingungen sind Personen im Alter von 21 bis 38 Jahren, die sich in Ausbildung (z. B. Studium) befinden.

Die Versicherungsfähigkeit endet nach den besonderen Bedingungen mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet oder abgebrochen wird.

**A.4.2. Beitrag in der Ausbildungsstufe** Der Beitrag für die Ausbildungsstufe wird nach der Maßgabe des § 8a AVB/KKV GU ohne Bildung von Alterungsrückstellungen berechnet. Insofern gilt auch eine Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens (bzw. bei Erreichung der nächsthöheren Altersgruppe) nicht als Beitragsanpassung im Sinne von § 8b AVB/KKV GU.

Von dem Beginn des Kalenderjahres an, das auf die Vollendung des 25., 30. und 35. Lebensjahres folgt, ist daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

**A.4.3 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen** Die Versicherung zu den Sonderbedingungen endet in den Ausbildungstarifstufen obligatorisch zu Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 38. Lebensjahres folgt. Die Versicherung wird ab diesem Zeitpunkt zu den allgemeinen Bedingungen (mit Bildung von Alterungsrückstellungen) fortgeführt.

**A.5 Tarifkombinationen** Der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik kann nur zusätzlich zu dem Tarif BeihilfeUpgrade der LKH abgeschlossen werden. Dies gilt nicht für berücksichtigungsfähige Angehörige und Heilfürsorgeberechtigte.

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

Sofern ein Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen besteht, wird der Tarif BK in Abhängigkeit des individuellen Beihilfebemessungssatzes der versicherten Person vereinbart. Bei Nichtbestehen eines Beihilfeanspruchs wird der Tarif BK in der Tarifstufe BK100 vereinbart.

**A.6 Optionsrechte** a) Erweiterungsoption aufgrund von Statuswechsel

Heilfürsorgeberechtigte

Ist die versicherte Person heilfürsorgeberechtigt und im Tarif BeihilfeUpgrade Klinik allein versichert, so hat sie bei Wegfall des Heilfürsorgeanspruchs das Recht, den Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung bedarfsgerecht um die Tarife BeihilfeUpgrade, BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort oder BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium sowie BeihilfeUpgrade Klinik Top zu erweitern. Voraussetzung dafür ist das gleichzeitige Entstehen eines Anspruchs auf Beihilfe nach den Verordnungen des Bundes oder der Länder.

Gesetzlich krankenversicherte beihilfeberechtigte Ehegatten oder Kinder

Ist die versicherte Person als gesetzlich krankenversicherter beihilfeberechtigter Angehöriger im Tarif BeihilfeUpgrade Klinik allein versichert und erfolgte der Zugang nicht aus der Kindesnachversicherung oder aus einer Öffnungsaktion, so gilt folgendes Recht:

Wird die versicherte Person voll berücksichtigungsfähig, hat sie das Recht, den Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung bedarfsgerecht um die Tarife BeihilfeUpgrade, BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort oder BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium sowie BeihilfeUpgrade Klinik Top zu erweitern.

b) Wechsel in Tarife der GKV-Zusatzversicherung bei Eintritt der Versicherungspflicht oder bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit in der Beihilfe als bislang gesetzlich Krankenversicherter beihilfeberechtigter Angehöriger

Erfolgt die Kündigung einer versicherten Person gemäß § 13 Abs. 3 AVB/KKV GU aufgrund des Eintritts einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit in der Beihilfe als bislang gesetzlich Krankenversicherter beihilfeberechtigter Angehöriger, kann der Versicherungsschutz in die Tarife der GKV-Zusatzversicherung mit gleichen Leistungsbereichen ohne erneute Gesundheitsprüfung umgestellt werden. Voraussetzung für die Umstellung ist, dass die Versicherungsfähigkeit in diesen Tarifen gegeben ist. Auch hier ist ein entsprechender schriftlicher Antrag erforderlich.

Die bislang angesparte Alterungsrückstellung wird anteilig übertragen. Die Höhe hängt dabei vom Verhältnis der Neuzugangsbeiträge des neuen Zusatztarifs zu den ursprünglichen Neuzugangsbeiträgen ab. Maßgeblich ist dabei immer das jeweils aktuelle Alter der versicherten Person.

Die Umstellung ist innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht in der GKV zu beantragen. Der Eintritt der Versicherungspflicht steht dem Anspruch auf Familienversicherung in der GKV oder dem nicht nur vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

## B. Leistungsumfang

### B.1 Grundlagen der Leistungserbringung

#### B.1.1 Leistungserbringer

Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Ausübung der Heilkunde berechtigten und niedergelassenen

- approbierten Ärzten und Zahnärzten,
- approbierten (nicht-ärztlichen) Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeuten-Gesetz
- sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

frei.

Ebenfalls in Anspruch genommen werden können

- Ärzte, Zahnärzte und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, die in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), Berufsausübungsgemeinschaften, Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen tätig sind,
- in Notfällen Notfallärzte und -sanitäter und ärztliche Akutdienste.

Darüber hinaus sind auch Aufwendungen von medizinischen Instituten erstattungsfähig, die auf Veranlassung der vorgenannten Behandler z. B. Laborleistungen oder bildgebende Verfahren (Röntgen) durchgeführt wurden. Gleiches gilt für verordnete Heilmittel und Sehschärfen-Korrekturen (z. B. LASIK).

Bei stationärer Behandlung hat die versicherte Person die Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Als Krankenhaus gelten auch Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Ebenso sind Leistungen von Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Genesene aufnehmen (sogenannte gemischte Krankenanstalten), sowie Leistungen von Kurkliniken und Sanatorien erstattungsfähig.

Neben den hier genannten Leistungserbringern können auch Leistungserbringer gewählt werden, die in den Absätzen B.3 bis B.6 für die jeweilige Leistung aufgeführt sind.

Schließlich sind Leistungen, die von hier genannten Leistungserbringern in Heil- und Kurorten erbracht werden, ebenfalls grundsätzlich erstattungsfähig.

Bei welchen Leistungserbringern erstattet die LKH nicht?

- Die LKH leistet nicht für Behandlungen, die durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder erfolgen. Nur die mit der Behandlung verbundenen und nachgewiesenen Sachkosten sind erstattungsfähig.
- Keine Leistungspflicht besteht für einzelne Leistungserbringer, die die LKH aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Dieser Ausschluss gilt erst, wenn die LKH den Versicherungsnehmer hierüber informiert hat. Befindet sich die versicherte Person bereits in Behandlung, so erstattet die LKH noch die Aufwendungen des ausgeschlossenen Leistungserbringers in den ersten 3 Monaten nach Mitteilung des Ausschlusses.

**B.1.2  
Honorargrenzen**

Die Honorare für einen Arzt, Zahnarzt, nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sowie für Hebammen und Entbindungspfleger sind in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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, sofern es sich um eine stationäre Behandlung handelt.

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 gemäß Abs. B.6.2.

**B.1.3  
Besonderheiten  
bei Reisen in  
Länder außer-  
halb 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 Aufwendungen, abweichend zu Absatz B.6.2, nur zu 80 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 Reiseantritt eine schriftliche Zusage durch den Versicherer erteilt wurde.

**B.1.4  
Angemessene  
Heilbehand-  
lungen**

Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht nur insoweit, als eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die grundsätzlich Leistungspflicht besteht, das medizinisch notwendige Maß nicht übersteigt.

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die LKH insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

**B.1.5  
Anerkannte  
Untersuchungs-/  
Behandlungs-  
methoden und  
Arzneimittel**

Die LKH leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; die LKH kann die

Leistungen jedoch auf den Umfang begrenzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel erforderlich wäre.

- B.1.6 Subsidiaritätsklausel** Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber anderen gesetzlichen oder privaten Leistungsträgern, z. B. Sozialversicherungsträgern (wie die gesetzliche Unfall-, Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung), weiteren gesetzlichen Kostenträgern (wie Heilfürsorgeträger, Sozial- oder Jugendamt), der privaten Pflegepflichtversicherung oder sonstigen Dritten, so ist die LKH nur unter Berücksichtigung der Vorleistungen dieser Kostenträger leistungspflichtig. Insofern gehen Ansprüche gegen diese Kostenträger der Leistungspflicht der LKH vor.
- B.1.7 Bereicherungsverbot** Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- B.1.8 Keine Leistungspflicht der LKH** Keine Leistungspflicht aus diesem Tarif besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, für Unfallfolgen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
  - b) für solche Krankheiten und deren Folgen, für Unfallfolgen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen im Ausland verursacht worden sind. Leistungspflicht besteht dagegen, wenn der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Unruhen für das betreffende Land nicht vorhersehbar war und der versicherten Person keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich war,
  - c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen,
  - d) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
  - e) für Operationen oder Behandlungen, die ausschließlich aus kosmetischen Gründen durchgeführt werden.
- B.1.9 Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen** Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen.
- Die LKH erteilt die Auskunft spätestens nach 4 Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich und der Versicherungsnehmer weist bei der Prüfung darauf hin, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 Wochen, erteilt. Die LKH geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein.
- Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei der LKH. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist und insofern Leistungspflicht besteht.
- B.1.10 Auskunfts-pflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen** Die LKH gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die die LKH bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat.
- Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen,

kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben.

Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

### **B.1.11 Anzeigeoblie- genheit bei Krankenhaus- behandlung**

Abweichend von § 9 Abs. 1 AVB/KKV GU wird auf die Obliegenheit, jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen, verzichtet.

## **B.2 Erstattungsfähige Leistungen und Erstattungssystematik**

### **B.2.1 Erstattungsfä- hige Leistungen**

Der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik bietet Ihnen einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt bzw. erweitert. Vereinbart wird mit der LKH eine auf den Beihilfebemessungssatz abgestimmte prozentuale Kostenerstattung. Der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person und der Erstattungs-Prozentsatz gemäß Tarif BeihilfeUpgrade Klinik dürfen maximal 100 % ergeben. Beträgt die Erstattungsleistung zusammen mit den Leistungen aus anderen Tarifen und der Leistung der Beihilfe mehr als 100 % des jeweiligen Rechnungsbetrages, kann die Leistung aus den Tarifen entsprechend gekürzt werden.

### **B.2.2 Erstattungs- systematik**

Die LKH erstattet die nachgewiesenen und tariflich berücksichtigungsfähigen Kosten in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe. Dabei ist der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik in verschiedenen Tarifstufen versicherbar. Die Tarifstufe gibt hierbei den jeweiligen Erstattungs-Prozentsatz an.

#### **Beispiele:**

- a) Abgesicherte Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 30  
-> Der Erstattungs-Prozentsatz beträgt 30 %.
- b) Abgesicherte Tarifstufen BeihilfeUpgrade Klinik 30 und BeihilfeUpgrade Klinik 22  
-> Der Erstattungs-Prozentsatz beträgt 50 %.
- c) Abgesicherte Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 100  
-> Der Erstattungs-Prozentsatz beträgt 100 %.

Die versicherte Tarifstufe der versicherten Person kann dem Versicherungsschein entnommen werden.

Zusätzliche Details zur Höhe der Tarifleistungen finden Sie in der nachstehenden Übersicht:

Tarifname	Tarifstufe im Versicherungsschein*	Erstattungs-Prozentsatz (Zweibettzimmer und gesondert berechenbare ärztliche Leistungen)
BeihilfeUpgrade Klinik 10	BK10	10 %
BeihilfeUpgrade Klinik 11**	BK11	10 %
BeihilfeUpgrade Klinik 15	BK15	15 %
BeihilfeUpgrade Klinik 20	BK20	20 %
BeihilfeUpgrade Klinik 22**	BK22	20 %

Tarifname	Tarifstufe im Versicherungs-schein*	Erstattungs-Prozentsatz (Zweibettzimmer und gesondert berechenbare ärztliche Leistungen)
BeihilfeUpgrade Klinik 25	BK25	25 %
BeihilfeUpgrade Klinik 30	BK30	30 %
BeihilfeUpgrade Klinik 35	BK35	35 %
BeihilfeUpgrade Klinik 40	BK40	40 %
BeihilfeUpgrade Klinik 45	BK45	45 %
BeihilfeUpgrade Klinik 50	BK50	50 %
BeihilfeUpgrade Klinik 100	BK100	100 %

\* Für versicherte Personen in schulischer Ausbildung/Studium wird das Kürzel „A“ angefügt; für Beamtenanwärter das Kürzel „B“.

\*\* Die Tarifstufen entfallen mit Eintritt des Versorgungsfalles.

#### Hinweis:

Für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf stationäre Wahlleistungen haben, ist die Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 100 zu vereinbaren.

Für Personen, deren Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt, sind die Tarifstufen BeihilfeUpgrade Klinik 30 und BeihilfeUpgrade Klinik 22 zu vereinbaren. Für diesen Fall beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum Erreichen des Regelrenteneintrittsalters, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen.

Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30 % durch Wegfall der Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 22. Dies setzt voraus, dass sich der Beihilfebemessungssatz von 50 % auf 70 % erhöht. Ist eine andere Regelung durch den Beihilfeträger vorgesehen, muss an Stelle der Tarifstufen BeihilfeUpgrade Klinik 30 und BeihilfeUpgrade Klinik 22 die Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 50 gewählt werden.

Sofern der Wegfall der Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 22 mit Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht ist, sondern weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz notwendig ist, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe BeihilfeUpgrade Klinik 50 vorzunehmen. Durch die Umstellung der Tarifstufe ergibt dann sich ein höherer Beitrag.

### **B.3 Stationäre Leistungen**

#### **B.3.1 Stationäre Behandlung im Krankenhaus**

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind bei einer akutstationären Behandlung (auch stationäre Psychotherapie und zahnärztliche Behandlung) die Aufwendungen für

- a) gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlarzt und Belegarzt),
- b) gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer,
- c) gesondert berechenbare Unterbringung im Familienzimmer bei Entbindung bis zur Höhe der Kosten für ein Zweibettzimmer.

Inbegriffen sind die vorgenannten Leistungen auch während einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V und Behandlung im Krankenhaus mit Abrechnung nach Hybrid-DRG nach § 115f SGB V.

Die verbleibenden Aufwendungen gemäß Ziffer 1 a) – c) werden nach Vorleistung der Beihilfe in voller Höhe übernommen, sofern ein Beihilfebescheid eingereicht wird. Dies gilt unabhängig von der versicherten Tarifstufe und umfasst auch etwaige Zuzahlungen bzw. Eigenbehalte für gesondert berechenbare Aufwendungen, die gemäß der jeweils gültigen Beihilfevorschriften selbst zu tragen sind. Eben genanntes gilt auch für versicherte Personen, welche sich in Übergangspflege im Krankenhaus befinden.

Im Rahmen der gesondert berechenbaren Unterbringung sind auch die angemessenen Zuschläge für einen besonderen Komfort (z. B. die Gebühren für Fernseher, Internet, Zimmergröße/-lage und bessere Verpflegung) in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

Bei Unterbringung im Einbettzimmer ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer erstattungsfähig.

### B.3.2 Ersatzkranken- haustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden für die gesamte Dauer des Aufenthalts

- keine gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen (Verzicht „Wahl-/Belegarzt“) und/oder
- keine gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer

nach Abs. B.3.1 in Anspruch genommen, so erhält die versicherte Person in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe ein Ersatzkrankenhaustagegeld (Ersatz-KHT) in Höhe von:

Alter	Verzicht auf „Wahl-/Belegarzt“	Verzicht auf „Unterbringung“	Maximales Ersatz-KHT
bis 20 Jahre	20 EUR pro Tag	20 EUR pro Tag	40 EUR pro Tag
ab 21 Jahre	40 EUR pro Tag	40 EUR pro Tag	80 EUR pro Tag

Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.

### B.4 Medizinische Rehabilitationen, Anschlussheil- behandlungen und Kur-/ Sanatoriums- behandlungen (medizinische Vorsorgekuren)

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind bei einer stationären medizinischen Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung oder Kur-/Sanatoriumsbehandlung (medizinische Vorsorgekur) die Aufwendungen für

- a) gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlarzt und Belegarzt),
- b) gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer.

Die verbleibenden Aufwendungen gemäß Ziffer 1 a) und b) werden nach Vorleistung der Beihilfe in voller Höhe übernommen, sofern ein Beihilfebescheid eingereicht wird. Dies gilt unabhängig von der versicherten Tarifstufe und umfasst auch etwaige Zuzahlungen bzw. Eigenbehalte für gesondert berechenbare Aufwendungen, die gemäß der jeweils gültigen Beihilfevorschriften selbst zu tragen sind.

Im Rahmen der gesondert berechenbaren Unterbringung sind auch die angemessenen Zuschläge für einen besonderen Komfort (z. B. die Gebühren für Fernseher, Internet, Zimmergröße/-lage und bessere Verpflegung) in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

Bei Unterbringung im Einbettzimmer ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer erstattungsfähig.

Soweit ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (Sozialleistungsträgern wie Renten- und Unfallversicherung) besteht, sind die Leistungen dieser Kostenträger vorrangig in Anspruch zu nehmen.

**B.5  
Vorübergehende  
Beitragsbefreiung  
bei Kinder-  
nachversiche-  
rung 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 Bezuges 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.6 Leistungen im Ausland**

**B.6.1 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.6.2 Behandlungen im Ausland**

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Abschnitten B.3 bis B.4 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.