

## Tarif BeihilfeUpgrade

(Tarife B10, B11, B15, B20, B22, B25, B30, B35, B40, B45, B50, B100, B2010, B2015, B2510, B2515, B3015, B3520, B4025, B4530, B5035, B5540, B6045, B6550, B7055)

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 7.

Die Tarifleistungen ergeben sich **aus den nachfolgend definierten erstattungsfähigen Aufwendungen und sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe** erstattungsfähig: Die jeweiligen Erstattungsprozentsätze und -beträge ergeben sich aus dem abgeschlossenen Tarif und der Tarifstufe.

**Hinweis:** Die mit dem Symbol „-> **GB-neutrale Leistungen**“ gekennzeichneten Leistungen mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB).

### Ambulante Leistungen

#### Ärztliche Leistungen

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

#### Heilpraktiker Leistungen

im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), sowie weitere 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 EUR 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

## Zahnärztliche Leistungen

### Ambulante zahnärztliche Behandlung

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

### Zahnbehandlung

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

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

### Zahntechnische Leistungen

**Hinweis:** Die gezielten Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktischen Maßnahmen, die im Abs. B.7. Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, mindern nicht den Gesundheitsbonus „-> **GB-neutrale Leistungen**“.

## Stationäre Leistungen

allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegeverordnung (BpflV)\*

### gesondert berechenbare

- ärztliche Leistungen (Belegarzt); 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 1,5-fachen Betrag der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe verlangt hätte; keine Begrenzung bei akuten Notfallbehandlungen und im Ausland

## Medizinische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation

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

## Vorsorgeleistungen

„LKH Gesundheitsvorsorge“ -> **GB-neutrale Leistungen**

### weitere Vorsorgeuntersuchungen

auch über die gesetzlichen Programme hinaus

## Vorsorgeleistungen

### Schutzimpfungen

nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) (ohne Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe) -> **GB-neutrale Leistungen**

### 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 -> **GB-neutrale Leistungen**

### 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 Sehunfähigkeit)

### 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 Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen 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
- Haushaltshilfe bei Schwangerschaft

#### Anspruch auf vorübergehende Beitragsbefreiung

Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif nachversicherten Kindes; für den Geburtsmonat und die darauffolgenden 6 Monate -> **GB-neutrale Leistungen**

Beitragsbefreiung für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht oder Elternzeit nimmt; bis zu 6 Monate je Kind -> **GB-neutrale Leistungen**

#### **Digitale Gesundheitsanwendungen**

im Rahmen und Umfang des Verzeichnisses für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis)

#### **Leistungen im Ausland**

##### Medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland

zum ständigen Wohnsitz oder in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus

#### **Optionsrechte**

Erweiterungsoption um alle Tarife innerhalb der Produktlinie BeihilfeUpgrade zu Beginn des zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahres.

Erweiterungsoption aufgrund der Änderung des Beihilfeanspruches von stationären Wahlleistungen.

Hinzuversicherungsoption eines Krankentagegeldes bei Fortfall des Beihilfeanspruches.

Recht auf Wechsel in die Tarife der GKV-Zusatzversicherung mit gleichem Leistungsbereich bei Eintritt der Versicherungspflicht.

#### **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.

#### **Gesundheitsbonus (GB) für nicht in Anspruch genommene Leistungen aus dem Tarif**

**Hinweis:** Der Gesundheitsbonus wird auch in den Ausbildungstarifstufen, nicht jedoch in den Beamtenanwärtertarifstufen gewährt.

##### **Erwachsene ab Alter 21:**

Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	1	2	3
B10, B11	10 EUR	20 EUR	30 EUR
B15	15 EUR	30 EUR	45 EUR
B20, B22, B2010, B2015	20 EUR	40 EUR	60 EUR
B25, B2510, B2515	25 EUR	50 EUR	75 EUR
B30, B3015	30 EUR	60 EUR	90 EUR

Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	1	2	3
B35, B3520	35 EUR	70 EUR	105 EUR
B40, B4025	40 EUR	80 EUR	120 EUR
B45, B4530	45 EUR	90 EUR	135 EUR
B50, B5035	50 EUR	100 EUR	150 EUR
B5540	55 EUR	110 EUR	165 EUR
B6045	60 EUR	120 EUR	180 EUR
B6550	65 EUR	130 EUR	195 EUR
B7055	70 EUR	140 EUR	210 EUR
B100	100 EUR	200 EUR	300 EUR

**Kinder/Jugendliche bis Alter 20:**

Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	1	2	3
B10, B11	5 EUR	10 EUR	15 EUR
B15	7,50 EUR	15 EUR	22,50 EUR
B20, B22, B2010, B2015	10 EUR	20 EUR	30 EUR
B25, B2510, B2515	12,50 EUR	25 EUR	37,50 EUR
B30, B3015	15 EUR	30 EUR	45 EUR
B35, B3520	17,50 EUR	35 EUR	52,50 EUR
B40, B4025	20 EUR	40 EUR	60 EUR
B45, B4530	22,50 EUR	45 EUR	67,50 EUR
B50, B5035	25 EUR	50 EUR	75 EUR
B5540	27,50 EUR	55 EUR	82,50 EUR
B6045	30 EUR	60 EUR	90 EUR
B6550	32,50 EUR	65 EUR	97,50 EUR
B7055	35 EUR	70 EUR	105 EUR
B100	50 EUR	100 EUR	150 EUR

Neukunden erhalten bei Leistungsfreiheit ab Vertragsbeginn 300 EUR in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe ab dem 1. Kalenderjahr (Kinder/Jugendliche 150 EUR); bei unterjährigem Beginn anteilige Zahlung. Nach Unterbrechung der Leistungsfreiheit gilt o. g. Staffelung.



Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus (GB-neutrale Leistungen) haben die in Absatz A.8 b) aufgeführten Leistungen.

Die Zahlung des Gesundheitsbonus selbst hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung.

Bei einer Änderung der versicherten Tarifstufe im Laufe eines Kalenderjahres wird der Gesundheitsbonus in der Höhe gewährt, die der jeweils in den einzelnen Monaten gültigen Tarifstufe entspricht.

Bei Wechsel der Tarifstufe innerhalb des Monats, wird die Tarifstufe zu Gewährung des Gesundheitsbonus herangezogen, in welcher für mindestens 16 Tage Versicherungsschutz bestand.

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

<b>A.</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag .....</b>	<b>11</b>
<b>A.1</b>	<b>Altersberechnung .....</b>	<b>11</b>
<b>A.2</b>	<b>Allgemeine und besondere Wartezeiten .....</b>	<b>11</b>
<b>A.3</b>	<b>Versicherungsfähigkeit .....</b>	<b>11</b>
<b>A.4</b>	<b>Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs .....</b>	<b>11</b>
<b>A.5</b>	<b>Sonderbedingungen für Beamtenanwärter .....</b>	<b>11</b>
A.5.1	Versicherungsfähigkeit in den Beamtenanwärtertarifstufen .....	11
A.5.2	Beitrag in der Beamtenanwärtertarifstufe .....	12
A.5.3	Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen .....	12
A.5.4	Optionsrecht für Beamtenanwärter .....	12
<b>A.6</b>	<b>Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen) .....</b>	<b>13</b>
A.6.1	Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifstufen .....	13
A.6.2	Beitrag in der Ausbildungsstufe .....	13
A.6.3	Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen .....	13
<b>A.7</b>	<b>Optionsrecht .....</b>	<b>13</b>
<b>A.8</b>	<b>Gesundheitsbonus (GB) für nicht in Anspruch genommene Leistungen aus dem Tarif ...</b>	<b>15</b>
<b>B.</b>	<b>Leistungsumfang .....</b>	<b>18</b>
<b>B.1</b>	<b>Grundlagen der Leistungserbringung .....</b>	<b>18</b>
B.1.1	Leistungserbringer .....	18
B.1.2	Honorargrenzen .....	19
B.1.3	Besonderheiten bei Reisen in Länder außerhalb der EU/EWR zum Zweck der Behandlungen ..	19
B.1.4	Angemessene Heilbehandlungen .....	20
B.1.5	Anerkannte Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel .....	20
B.1.6	Subsidiaritätsklausel .....	20
B.1.7	Bereicherungsverbot .....	20
B.1.8	Keine Leistungspflicht der LKH .....	20
B.1.9	Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen .....	20
B.1.10	Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen .....	21
B.1.11	Anzeigeobligiertheit bei Krankenhausbehandlung .....	21

<b>B.2</b>	<b>Erstattungsfähige Leistungen und zeitliche Zurechnung</b>	<b>21</b>
B.2.1	Erstattungsfähige Leistungen	21
B.2.2	Erstattungssystematik	21
B.2.3	Tarifliche Leistungen und deren zeitliche Zurechnung	23
<b>B.3</b>	<b>Ambulante Leistungen</b>	<b>24</b>
B.3.1	Ärztliche Leistungen	24
B.3.2	Heilpraktiker-Leistungen	24
B.3.3	Arznei- und Verbandmittel	24
B.3.4	Heilmittel	25
B.3.5	Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)	25
B.3.6	Sehhilfen und operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK)	27
B.3.7	Psychotherapie	27
B.3.8	Häusliche Krankenpflege	28
B.3.9	Haushaltshilfe	28
B.3.10	Palliativ-Versorgung	29
B.3.11	Heim-Dialyse	30
B.3.12	Sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung	30
B.3.13	Soziotherapie	31
<b>B.4</b>	<b>Zahnärztliche Leistungen (ohne Vorsorgeleistungen)</b>	<b>31</b>
B.4.1	Heil- und Kostenplan	31
B.4.2	Ambulante zahnärztliche Behandlung	31
B.4.3	Stationäre zahnärztliche Behandlung	32
B.4.4	Zahnersatz und Einlagefüllungen, Implantate und funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe/Schienen	32
B.4.5	Kieferorthopädie	33
B.4.6	Zahntechnische Leistungen	33
<b>B.5</b>	<b>Stationäre Leistungen</b>	<b>34</b>
B.5.1	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	34
B.5.2	Übergangspflege im Krankenhaus	34
B.5.3	Hospiz	35

<b>B.6</b>	<b>Medizinische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung .....</b>	<b>35</b>
B.6.1	Ambulante Durchführung .....	35
B.6.2	Stationäre Durchführung .....	36
<b>B.7</b>	<b>Vorsorgeleistungen .....</b>	<b>37</b>
B.7.1	Schutzimpfungen .....	37
B.7.2	„LKH-Gesundheitsvorsorge“ und weitere Vorsorgeleistungen .....	38
B.7.3	Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen .....	38
B.7.4	Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung .....	38
B.7.5	Ärztlich verordnete Kur-/Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren) .....	38
B.7.5.1	Ambulante Vorsorgekur .....	39
B.7.5.2	Stationäre Vorsorgekur .....	39
B.7.5.3	Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur .....	40
<b>B.8</b>	<b>Notarzfahrten, Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen .....</b>	<b>41</b>
B.8.1	Notarzfahrten .....	41
B.8.2	Rettungs- und Krankentransporte mit spezieller medizinischer Betreuung .....	41
B.8.3	Krankenfahrten .....	41
B.8.4	Bergung .....	42
<b>B.9</b>	<b>Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit .....</b>	<b>42</b>
B.9.1	Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) und Kryokonservierung .....	42
B.9.2	Schwangerschaftsverhütung .....	43
B.9.3	Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation .....	43
B.9.4	Zusätzliche Leistung im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung .....	44
B.9.5	Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung und während der Elternzeit ...	44
<b>B.10</b>	<b>Organspende und -transplantation .....</b>	<b>45</b>
<b>B.11</b>	<b>Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit .....</b>	<b>46</b>
<b>B.12</b>	<b>Digitale Gesundheitsanwendung .....</b>	<b>46</b>
<b>B.13</b>	<b>Leistungen im Ausland .....</b>	<b>47</b>
B.13.1	Erweiterung des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU .....	47
B.13.2	Behandlungen im Ausland .....	47



B.13.3 Rücktransporte aus dem Ausland .....	47
B.13.4 Überführung zum Wohnsitz oder Bestattung im Ausland .....	48
B.13.5 Leistungen für eine am Aufenthaltsort verbleibende minderjährige oder umfangreich pflegebedürftige Personen .....	48
<b>C. Inflations- und Innovationvorsorge .....</b>	<b>48</b>
<b>C.1 Inflationvorsorge .....</b>	<b>48</b>
<b>C.2 Innovationsvorsorge .....</b>	<b>49</b>
<b>D. Anhang – Vorsorgekatalog .....</b>	<b>50</b>

# Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif BeihilfeUpgrade, Teil II (Tarife B10, B11, B15, B20, B22, B25, B30, B35, B40, B45, B50, B100, BB2010, B2015, B2510, B2515, B3015, B3520, B4025, B4530, B5035, B5540, B6045, B6550, B7055)

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** Als Alter einer in diesem Tarif versicherten Person gilt, soweit nachfolgend nichts anderes definiert ist, der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem erreichten Kalenderjahr.
- A.2 Allgemeine und besondere Wartezeiten** Die LKH verzichtet für die in diesen Tarifen versicherten Personen generell auf allgemeine und besondere Wartezeiten.
- A.3 Versicherungsfähigkeit** Nach diesem Tarif sind Personen versicherungsfähig, die im Krankheitsfall einen Anspruch auf Beihilfe nach den Verordnungen des Bundes oder der Länder haben, sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige.
- 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 Versicherungsfalles. § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist anzuwenden.
- A.4 Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs** Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs oder Änderung des Beihilfebemessungssatzes hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass die bestehenden Krankheitskostentarife seitens des Versicherers so angepasst werden, dass der weggefallene Teil des Beihilfeanspruchs oder der veränderte Beihilfebemessungssatz ausgeglichen wird. Hierbei sind die Vorgaben gemäß Abs. B.2.1 zu berücksichtigen. 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.5 Sonderbedingungen für Beamtenanwärter**
- A.5.1 Versicherungsfähigkeit in den Beamtenanwärtertarifstufen** 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

- a) mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit,
- b) mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet,
- c) bei vorzeitiger Aufgabe der Ausbildung oder
- d) 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, können 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 BeihilfeUpgrade100B, 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 BeihilfeUpgrade100B bereits abgesichert, so kann dieser unverändert fortgeführt werden.*

#### **A.5.2 Beitrag in der Beamtenanwär- tertarifstufe**

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.5.3 Obligatorischer Entfall der Son- derbedingungen**

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.5.4 Optionsrecht für Beamtenanwär- ter**

Endet das Versicherungsverhältnis aus einem der vorgenannten Gründe (Abs. A.5.1), 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.6 Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen)**
- A.6.1 Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifstufen** 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.6.2 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.6.3 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.7 Optionsrecht** a) Erweiterungsoption um alle Tarife innerhalb der Produktlinie BeihilfeUpgrade zu bestimmten Optionszeiträumen  
Versicherte haben unter bestimmten Voraussetzungen, welche nachstehend erörtert werden, ein Recht auf die Erweiterung ihres Versicherungsschutzes innerhalb der Produktlinie BeihilfeUpgrade ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten.  
Im Zuge dessen kann der Tarif BeihilfeUpgrade um nachstehende Tarife ergänzt werden:
- Beihilfe-Ergänzungstarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort bzw. BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium)
  - Stationäre Wahlleistungstarife für Personen mit Beihilfeanspruch oder Anspruch auf freie Heilfürsorge (BeihilfeUpgrade Klinik bzw. BeihilfeUpgrade Klinik Top)
  - Krankenhaustagegeld mit einem maximalen Tagessatz von 50 EUR
- Der Versicherungsnehmer kann das Optionsrecht einmalig zu Beginn des zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahres\* ausüben, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Voraussetzungen:
- die Versicherung nach dem Tarif BeihilfeUpgrade hat ununterbrochen bis zum Zeitpunkt der Ausübung der Option mindestens ein, drei oder fünf Versicherungsjahre\* bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach dem Tarif BeihilfeUpgrade nicht unterbrechen;
  - die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;
  - die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses des Tarifs BeihilfeUpgrade bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet;

\* Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

- der Versicherungsnehmer hat innerhalb der Produktlinie BeihilfeUpgrade nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht.

Diese Option gilt nicht

- für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist, oder
- sofern der bei Abschluss dieses Tarifes vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100 % liegt.

Es gelten die zum Zugangszeitpunkt jeweils aktuellen Versicherungsbedingungen für die Zugangstarife sowie etwaige vereinbarte Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem der Zugangstarif beginnt.

Für die Erweiterung um einen oder mehrere andere Tarife gem. lit. a) ist ein entsprechender schriftlicher Antrag bei der LKH erforderlich.

- b) Erweiterungsoption aufgrund der Änderung des Beihilfeanspruches von stationären Wahlleistungen

Entfällt oder entsteht ein Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen (bspw. aufgrund von Wechsel des Dienstherrn), so besteht die Möglichkeit, den bestehenden Versicherungsschutz um den stationären Wahlleistungstarif BeihilfeUpgrade Klinik ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erweitern.

Ein entsprechender Antrag muss bis zum Ablauf des 6. Monats nach Wegfall oder Entstehung des Beihilfeanspruches auf stationäre Wahlleistungen schriftlich gestellt werden. Wird der Antrag bis zum Ablauf des 2. Monats nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit gestellt, so kann die Umstellung auch rückwirkend zu diesem Zeitpunkt erfolgen.

- c) Hinzuversicherungsoption eines Krankentagegeldes bei Fortfall des Beihilfeanspruches

Entfällt für die versicherte Person die Versicherungsfähigkeit aufgrund des Wegfalls des Beihilfeanspruches im Krankheitsfall oder deren Status als berücksichtigungsfähige(r) Angehörige(r), besteht für die betreffende versicherte Person Zugang zu allen verkaufsoffenen Krankentagegeldtarifen nach den folgenden Voraussetzungen und Maßgaben:

- Die jeweilige versicherte Person ist bei der LKH in einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung gemäß § 193 Abs. 3 VVG versichert.
- Selbstständige können Krankentagegeldtarife mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag oder später abschließen.
- Arbeitnehmer können Krankentagegeldtarife mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später abschließen.

Die Höchstgrenze für das pro Tag versicherbare Krankentagegeld beträgt 70 % des 365sten Teiles der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 6 SGB V (siehe Anhang), gerundet auf 5,00 EUR.

Es gelten die zum Zugangszeitpunkt jeweils aktuellen Versicherungsbedingungen für die Zugangstarife sowie etwaige vereinbarte Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem der Zugangstarif beginnt.



Auf eine Gesundheitsprüfung und die Wartezeit wird in allen Krankentagegeldtarifen verzichtet.

Ein entsprechender Antrag muss bis zum Ablauf des 6. Monats nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich gestellt werden. Wird der Antrag bis zum Ablauf des 2. Monats nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit gestellt, so kann die Umstellung auch rückwirkend zu diesem Zeitpunkt erfolgen.

d) Wechsel in Tarife der GKV-Zusatzversicherung bei Eintritt der Versicherungspflicht

Erfolgt die Kündigung einer versicherten Person gemäß § 13 Abs. 3 AVB/KKV GU aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 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 vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

**A.8 Gesundheitsbonus (GB) für nicht in Anspruch genommene Leistungen aus dem Tarif**

Nimmt eine versicherte Person für ein Kalenderjahr (bzw. zwei oder drei aufeinanderfolgende Kalenderjahre) keine Leistungen aus diesem Tarif in Anspruch, so wird ein Gesundheitsbonus als Ausgleich für nicht in Anspruch genommene Leistungen ausgezahlt.

**Hinweis:** Der Gesundheitsbonus wird auch in den Ausbildungstarifstufen, nicht jedoch in den Beamtenanwärtertarifstufen gewährt.

a) Höhe und Voraussetzungen

In Abhängigkeit der Anzahl aufeinanderfolgenden Kalenderjahre ohne Leistungsanspruchnahme im Tarif (Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre) und der versicherten Tarifstufe wird ein Gesundheitsbonus in der folgenden Höhe gewährt:

**Erwachsene ab Alter 21:**

Tarif / Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	1	2	3
B10, B11	10 EUR	20 EUR	30 EUR
B15	15 EUR	30 EUR	45 EUR
B20, B22, B2010, B2015	20 EUR	40 EUR	60 EUR
B25, B2510, B2515	25 EUR	50 EUR	75 EUR
B30, B3015	30 EUR	60 EUR	90 EUR
B35, B3520	35 EUR	70 EUR	105 EUR

**Erwachsene ab Alter 21:**

Tarif / Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	1	2	3
B40, B4025	40 EUR	80 EUR	120 EUR
B45, B4530	45 EUR	90 EUR	135 EUR
B50, B5035	50 EUR	100 EUR	150 EUR
B5540	55 EUR	110 EUR	165 EUR
B6045	60 EUR	120 EUR	180 EUR
B6550	65 EUR	130 EUR	195 EUR
B7055	70 EUR	140 EUR	210 EUR
B100	100 EUR	200 EUR	300 EUR

**Kinder/Jugendliche bis Alter 20:**

Tarif / Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	1	2	3
B10, B11	5 EUR	10 EUR	15 EUR
B15	7,50 EUR	15 EUR	22,50 EUR
B20, B22, B2010, B2015	10 EUR	20 EUR	30 EUR
B25, B2510, B2515	12,50 EUR	25 EUR	37,50 EUR
B30, B3015	15 EUR	30 EUR	45 EUR
B35, B3520	17,50 EUR	35 EUR	52,50 EUR
B40, B4025	20 EUR	40 EUR	60 EUR
B45, B4530	22,50 EUR	45 EUR	67,50 EUR
B50, B5035	25 EUR	50 EUR	75 EUR
B5540	27,50 EUR	55 EUR	82,50 EUR
B6045	30 EUR	60 EUR	90 EUR
B6550	32,50 EUR	65 EUR	97,50 EUR
B7055	35 EUR	70 EUR	105 EUR
B100	50 EUR	100 EUR	150 EUR

Personen, die sich erstmalig bei der LKH substitutiv krankenversichern, werden in diesem Tarif zwei aufeinanderfolgende leistungsfreie (Vor-)Kalenderjahre anerkannt, sodass im leistungsfreien ersten Kalenderjahr der Höchstbetrag, welcher im 3. leistungsfreien Jahr ausgezahlt werden würde (300 EUR in Abhängigkeit der Tarifstufe für Erwachsene und 150 EUR in Abhängigkeit der Tarifstufe für Kinder/Jugendliche), erreicht werden kann. Werden im Kalenderjahr Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen, so wird kein Gesundheitsbonus gewährt.

War eine versicherte Person in einem Kalenderjahr nicht durchgehend mit vollem Leistungsanspruch in diesem Tarif versichert (z. B. bei Zugang in diesen Tarif innerhalb des Jahres), so wird der Gesundheitsbonus anteilig nur für volle Kalendermonate mit Leistungsanspruch gewährt.

Beispiel: Eine Person versichert sich ab 15. Juni des Kalenderjahres erstmalig bei der LKH im Tarif B30, dann erhält die Person bei Leistungsfreiheit für das Kalenderjahr einen Gesundheitsbonus in Höhe von 45 EUR ( $=6/12 * 90$  EUR) für die Monate Juli bis Dezember.

Bei einer Änderung der versicherten Tarifstufe im Laufe eines Kalenderjahres wird der Gesundheitsbonus in der Höhe gewährt, die der jeweils in den einzelnen Monaten gültigen Tarifstufe entspricht.

Bei Wechsel der Tarifstufe innerhalb des Monats, wird die Tarifstufe zu Gewährung des Gesundheitsbonus herangezogen, in welcher für mindestens 16 Tage Versicherungsschutz bestand.

Beispiel: Eine Person ist in den Monaten Januar bis Juni eines Kalenderjahres im Tarif B30 und B22 versichert, in den Monaten Juli bis Dezember nur mit dem Tarif B30, dann erhält die Person bei Leistungsfreiheit für das Kalenderjahr einen Gesundheitsbonus in Höhe von 75 EUR ( $=6/12 * (90 \text{ EUR} + 60 \text{ EUR})$ ) für die Monate Januar bis Juni und 45 EUR ( $=6/12 * 90$  EUR) für die Monate Juli bis Dezember.

Der Gesundheitsbonus wird spätestens Ende Oktober des Folgejahres an die Versicherungsnehmer ausgezahlt. Die LKH ist berechtigt, den Gesundheitsbonus in Form einer Gutschrift auf dem Beitragskonto durchzuführen.

Die Zahlung eines Gesundheitsbonus in einem Kalenderjahr für das Vorjahr hat keinen Einfluss auf die Zahlung eines Gesundheitsbonus für das laufende Kalenderjahr. Ebenso hat die Zahlung eines Gesundheitsbonus keinen Einfluss auf die Auszahlung einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung.

#### Welche besonderen Voraussetzungen bestehen zum Erhalt des Gesundheitsbonus?

- Die versicherte Person ist am 30. Juni des Folgejahres bei der LKH substitutiv krankenversichert.  
Dieser Punkt gilt nicht, wenn die versicherte Person a) verstorben ist oder b) in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig geworden ist und den Tarif in einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt hat.
- Es besteht kein Verzug bei der Zahlung des Beitrages für die versicherte Person am 30.06. des Folgejahres; zudem wurde von der LKH in diesem Zeitraum maximal eine Mahnung wegen Beitragsrückstand versandt.

#### b) GB-neutrale Leistungen:

Die Leistungen aus dem Tarif, die den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nicht mindern, werden als GB-neutrale Leistungen bezeichnet.

Hierzu gehören die folgenden Leistungen:

- 1) GB-neutrale Leistungen bei Vorsorge in Deutschland:
  - Schutzimpfungen nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) [B.7.1],
  - Leistungen im Rahmen der „LKH-Gesundheitsvorsorge“ [B.7.2 a)],
  - Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen [B.7.3].
- 2) GB-neutrale Leistungen bei Anspruch auf vorübergehende Beitragsfreiheit nach Abs. B.9.5:
  - Beitragsbefreiung eines nachversicherten Kindes für den Geburtsmonat und die nachfolgenden 6 Monate,
  - Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif versicherten Elternteils während der Elternzeit für maximal 6 Monate.

## 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 und
- Heilpraktikern nach dem Heilpraktiker-Gesetz

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.13 für die jeweilige Leistung aufgeführt sind. Hierzu gehören insbesondere Hebammen und Entbindungspfleger.

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 [B.1.1] 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 Honorare auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig, sofern es sich um eine stationäre Behandlung handelt. Für zahnärztliche Behandlungen sowie ambulante Leistungen erfolgt die Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Die Aufwendungen von Heilpraktikern sind in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 Aufwendungen, abweichend zu Absatz B.13.2, 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 Reiseintritt eine schriftliche Zusage durch den Versicherer erteilt wurde.

- B.1.4 Angemessene Heilbehandlungen** 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-/ Behandlungsmethoden 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 Stellung-  
nahmen**

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 zeitliche Zurechnung**

**B.2.1  
Erstattungsfä-  
hige Leistungen**

Der Tarif BeihilfeUpgrade bietet Ihnen einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt. Vereinbart wird mit der LKH eine auf den Beihilfebemessungssatz abgestimmte prozentuale Kostenerstattung. Der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person und der Erstattungs-Prozentsatz gemäß Tarif BeihilfeUpgrade müssen zusammen 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 in verschiedenen Tarifstufen versicherbar. Die Tarifstufe gibt hierbei den jeweiligen Erstattungs-Prozentsatz an.

**Beispiele:**

- a) Abgesicherte Tarifstufe BeihilfeUpgrade30 -> Der Erstattungs-Prozentsatz beträgt 30 %.
- b) Abgesicherte Tarifstufen BeihilfeUpgrade30 und BeihilfeUpgrade22 -> Der Erstattungs-Prozentsatz beträgt 50 %.
- c) Abgesicherte Tarifstufe BeihilfeUpgrade5035 -> Der Erstattungs-Prozentsatz beträgt für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlungen 50 %. Für stationäre Heilbehandlungen liegt der Erstattungs-Prozentsatz bei 35 %.

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

Zusätzliche Details zur Höhe der Tarifleistungen können der nachstehenden Übersicht entnommen werden:

Tarifname	Tarifstufe im Versicherungsschein*	Erstattungs-Prozentsatz Ambulant und Zahn	Erstattungs-Prozentsatz Stationär
BeihilfeUpgrade 10	B10	10 %	10 %
BeihilfeUpgrade 11**	B11	10 %	10 %
BeihilfeUpgrade 15	B15	15 %	15 %
BeihilfeUpgrade 20	B20	20 %	20 %
BeihilfeUpgrade 22**	B22	20 %	20 %
BeihilfeUpgrade 25	B25	25 %	25 %
BeihilfeUpgrade 30	B30	30 %	30 %
BeihilfeUpgrade 35	B35	35 %	35 %
BeihilfeUpgrade 40	B40	40 %	40 %
BeihilfeUpgrade 45	B45	45 %	45 %
BeihilfeUpgrade 50	B50	50 %	50 %
BeihilfeUpgrade 100	B100	100 %	100 %
BeihilfeUpgrade 2010	B2010	20 %	10 %
BeihilfeUpgrade 2015	B2015	20 %	15 %
BeihilfeUpgrade 2510	B2510	25 %	10 %
BeihilfeUpgrade 2515	B2515	25 %	15 %
BeihilfeUpgrade 3015	B3015	30 %	15 %
BeihilfeUpgrade 3520	B3520	35 %	20 %
BeihilfeUpgrade 4025	B4025	40 %	25 %
BeihilfeUpgrade 4530	B4530	45 %	30 %
BeihilfeUpgrade 5035	B5035	50 %	35 %
BeihilfeUpgrade 5540	B5540	55 %	40 %
BeihilfeUpgrade 6045	B6045	60 %	45 %
BeihilfeUpgrade 6550	B6550	65 %	50 %
BeihilfeUpgrade 7055	B7055	70 %	55 %

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

\*\* Diese Tarifstufe entfällt mit Eintritt des Versorgungfalles.

Hinweis:

Für Personen, die einen Beihilfebemessungssatz von 50 % haben, sind die Tarifstufen BeihilfeUpgrade30 und BeihilfeUpgrade22 zu vereinbaren. Für diesen Fall beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, längstens jedoch bis zum Erreichen des Regelrenteneintrittsalters, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen.

Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30 % durch Wegfall der Tarifstufe BeihilfeUpgrade22. 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 BeihilfeUpgrade30 und BeihilfeUpgrade22 die Tarifstufe BeihilfeUpgrade50 gewählt werden.

Sofern der Wegfall der Tarifstufe BeihilfeUpgrade22 mit Eintritt des Versorgungsfalls nicht bedarfsgerecht ist, sondern weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz notwendig ist, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe BeihilfeUpgrade50 vorzunehmen. Durch die Umstellung der Tarifstufe ergibt sich ein höherer Beitrag.

Die nachstehenden Beispiele verdeutlichen die Anwendung der prozentualen Erstattung in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe:

**Beispiele:**

- a) Der Versicherer erstattet Kosten für eine Haushaltshilfe in Höhe von 50 EUR pro Tag in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe, längstens für 4 Wochen. Hat die versicherte Person die Tarifstufe BeihilfeUpgrade30 abgesichert, so ergibt sich eine Erstattung von 15 EUR pro Tag (30 % von 50 EUR).
- b) Der Versicherer erstattet Kosten für Heilpraktiker-Leistungen. Bei einem berücksichtigungsfähigen Rechnungsbetrag in Höhe von 100 EUR und der Tarifstufe BeihilfeUpgrade30 beträgt die Erstattung 30 EUR (30 % von 100 EUR).

**B.2.3  
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 unter Berücksichtigung von der abgesicherten Tarifstufe, Erstattungssätzen, Leistungsbegrenzungen und/oder nach Abzug von Ansprüchen gegenüber Dritten erstattungsfähig sind.

Hinweis:

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

**Zeitliche Zurechnung der tariflichen Leistungen**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die medizinisch notwendigen Behandlungen oder sonstige versicherte Leistungen erbracht wurden 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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.

#### B.3.2 Heilpraktiker-Leistungen

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktiker [B.1.1] im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

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

Nicht medizinisch anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind abweichend zu Abs. B.1.4 ebenfalls erstattungsfähig.

Ausgeschlossen sind psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Behandlung durch einen Heilpraktiker.

#### B.3.3 Arznei- und Verbandmittel

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker [B.1.1] verordnete Arznei- und Verbandmittel.

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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind alle 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 [B.1.1] verordnet werden.

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

Die 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 [B.1.1] verordnet wurden.

Die Leistungen können auch von Ärzten [B.3.1] oder Heilpraktiker [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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind 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 Notfallerstversorgung 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, Kunstauge),
- Orthopädische Schuhe und Einlagen,
- Haarerersatz (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 Aufwendungen für Hörgeräte inkl. Otoplastiken sind unter den vorgenannten Bedingungen zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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).

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 Aufwendungen für den Kauf, die Anpassung und die Reparatur von Sehhilfen sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrekturen sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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) erstattungsfähig.

**B.3.7  
Psychotherapie**

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

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

sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

Aufwendungen für eine akutstationäre Psychotherapie sind gemäß Abs. B.5.1 (Akutstationäre Behandlungen im Krankenhaus) in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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. Diese Leistungen sind nach o. g. Maßgabe und unter den u. g. Voraussetzungen zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 Anschlussheilbehandlungen) oder
- Kur-/Sanatoriumsbehandlung

ihren Haushalt nicht weiterführen, dann sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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,
- nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus oder
- während einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme

nicht weiterführen, sind auch in diesen Fällen die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 EUR pro Tag und bis zu 26 Wochen pro Kalenderjahr in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 Aufwendungen für Soziotherapie nach § 37a Abs. 1 SGB V zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

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

Erstattungsfähig sind die 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.4 Zahnärztliche Leistungen (ohne Vorsorgeleistungen)**

**B.4.1  
Heil- und  
Kostenplan**

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

Hinweis:

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

**B.4.2  
Ambulante  
zahnärztliche  
Behandlung**

Zu den versicherten Leistungen gehören:

a) Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind Aufwendungen für konservierende Leistungen einschließlich:

- Kunststoff-/Komposit-Füllungen,

- Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen sowie
- dazugehörige Vor- und Nachbehandlungen.

c) Zahn- und kieferchirurgische Leistungen

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

- das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial,
- die gesteuerte Gewebe-Regeneration, um das Wachstum von geschädigtem Gewebe des Zahnhalte-Apparats zu fördern,
- die Schleimhaut-Transplantationen,
- die Behandlungen mit VECTOR-Technologie,
- der Bakterien-/DNA-Test,
- die mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest) sowie
- die dazugehörigen Vor- und Nachbehandlungen.

**B.4.3  
Stationäre  
zahnärztliche  
Behandlung**

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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.4.4  
Zahnersatz und  
Einlagefüllungen,  
Implantate und  
funktionsanaly-  
tische und -  
therapeutische  
Leistungen  
(Gnathologie),  
Aufbissbehelfe/  
Schienen**

a) Zahnersatz und Einlagefüllungen

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 dazugehörigen Vor- und Nachbehandlungen.

b) Implantate

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich der dazugehörigen

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

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

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

Aufbissbehelfe und Schienen (auch DROS-Schienen) sind einschließlich der zahntechnischen Leistungen und des Materials ebenfalls zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

**B.4.5 Kieferorthopädie** Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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.4.6 Zahntechnische Leistungen** Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen im Rahmen der bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.

## B.5 Stationäre Leistungen

**B.5.1 Stationäre Behandlung im Krankenhaus** Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind bei einer akutstationären Behandlung die 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 Belegarztes,
- 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 Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen unter a) zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe maximal bis zum 1,5-fachen Betrag der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe verlangt hätte. Diese Begrenzung gilt nicht bei akuten Notfallbehandlungen.

**B.5.2 Übergangspflege im Krankenhaus** Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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, 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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.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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Malariaphylaxen.

GB-neutrale Leistungen:

Diese Leistungen mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.8.

Für welche Impfungen und Impfstoffe leistet die LKH nicht?

Nicht erstattungsfähig sind Reiseschutzimpfungen, Malariaphylaxen (nebst Impfstoffen) und 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

GB-neutrale Leistungen:

Die Leistungen im Rahmen der „LKH-Gesundheitsvorsorge“ sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig und mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.8.

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 darüberhinausgehende medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie zusätzliche Behandlungen und Diagnostik, die sich im Rahmen einer Leistung nach der LKH-Gesundheitsvorsorge ergeben, zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig. Dazu gehören auch weitere Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und Früherkennungsuntersuchungen nach der Geburt eines Kindes. Leistung gemäß Abs. B.7.2. b) mindern jedoch den Anspruch auf den Gesundheitsbonus.

**B.7.3** Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind 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.

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

GB-neutrale Leistungen:

Diese Leistungen mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.8.

**B.7.4** Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe und insgesamt bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung.

**Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung**

Welche Gesundheitskurse werden von der LKH anerkannt?

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

**B.7.5** 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.

**Ärztlich verordnete Kur-/Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren)**

**B.7.5.1** 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.

**Ambulante Vorsorgekur**

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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.

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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für stationäre Mutter-/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-/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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind auch die 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 Aufwendungen für Notarzfahrten sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

**B.8.2 Rettungs- und Krankentransporte mit spezieller medizinischer Betreuung** Medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte erfordern eine spezielle medizinische Betreuung. Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte ins Krankenhaus

- zur stationären Behandlung oder
- zur ambulanten Notfallbehandlung

sind zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig.

**B.8.3 Krankenfahrten** a) Krankenfahrt zum/vom Krankenhaus oder in die/von der Reha-Einrichtung

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 privaten 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 Sehfähigkeit 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**

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer Bergung der versicherten Person bis zu 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzellen-Gewebe nebst ärztlichen Leistungen zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung.

Darüber hinaus sind auch die Hormon-Tabletten zur Notfallverhütung („Pille danach“) zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig im Falle einer Schwangerschaft und Entbindung sind zusätzlich die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind zusätzlich die Aufwendungen einer Haushaltshilfe bis zu einem Rechnungsbetrag von 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.

**B.9.5**  
**Vorübergehende**  
**Beitragsbefrei-**  
**ung bei Kinder-**  
**nachversiche-**  
**rung und**  
**während der**  
**Elternzeit**

In den nachfolgend dargestellten Fällen einer vorübergehenden Beitragsbefreiung in diesem Tarif besteht voller Anspruch auf die gemäß Tarifstufe 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.

Diese Leistungen mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.8 (**GB-neutrale Leistungen**).

## 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?

- 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.
- 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 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind im Umfang der tariflichen Leistungszusage die Aufwendungen für die versicherte Person im Zusammenhang mit der Organtransplantation.

b) Leistungen für den Organspender

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Organspender im Zusammenhang mit der Entnahme eines Spender-Organs/-Gewebes oder von Stammzellen.

Darüber hinaus erstattet die LKH zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe den tatsächlich entstandenen Verdienstaufschlag, 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 Verdienstaufschlags 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Bereitstellung des Spender-Organs bzw. Spender-Gewebes oder von Stammzellen nach dem Transplantationsgesetzes (TPG).

**B.11  
Suchtent-  
wöhnung 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 Aufwendungen für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen.

a) Ambulante Suchtentwöhnung

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Nutzung digitaler 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.

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 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig sind die 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 Aufwendungen für Transporte zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 welcher 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 Aufwendungen für den Transport und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung einer Überführung des Leichnams zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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 Aufwendungen hierfür zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe 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  
verbleibende  
minderjährige  
oder umfang-  
reich pflege-  
bedürftige  
Personen**

Zu 100 % in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig ist der 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	
<b>Vorsorgeuntersuchungen nach Alter <sup>1</sup></b>				
<b>0 – 10 J.</b> w / m <sup>2</sup>	<b>Vorsorgeleistungen für Kinder</b> 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.	
			<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
<b>13 – 14 J.</b> w / m	<b>Vorsorgeleistungen für Jugendliche</b> Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	ein Mal	<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>
			32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz
			250	Blutabnahme
<b>16 – 17 J.</b> w / m	<b>Vorsorgeleistungen für Jugendliche</b> Jugendgesundheitsuntersuchung (J2)	ein Mal	<u>GOÄ</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>
			32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz
			250	Blutabnahme
			3514	Glukose

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

<sup>2</sup> Abkürzung: w = weibliche Person; m = männliche Person; KJ = Kalenderjahr

<b>18 – 35 J. w / m</b>	<b>Allgemeine Gesundheitsuntersuchung</b> 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 (Glutamatoxalazetattransaminase) Gamma-GT
<b>20 – 34 J. w</b>	<b>Spezielle Krebsvorsorge</b> für Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	ein Mal pro KJ <sup>2</sup>	<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
<b>Bis 25 J. w</b>	<b>Chlamydien - Screening</b> 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
<b>Ab 25 J. w</b>	<b>Spezielle Krebsvorsorge</b> für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 27	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Frau
<b>Ab 30 J. w</b>	<b>Mammographie</b> für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs  <b>oder:</b>	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
<b>Ab 30 J. w</b>	<b>Ultraschalluntersuchung</b> 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

<b>Ab 35 J. w / m</b>	<b>Allgemeine Gesundheitsuntersuchung</b> 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 (Glutamatoxalacetattransaminase) Gamma-GT Untersuchung eines Körpermaterials Ultraschalluntersuchung der ersten Niere Ultraschalluntersuchung der zweiten Niere EKG / EKG bei Ruhe / bei Ergonomie
	<b>Hautkrebsfrüherkennung</b>	ein Mal pro KJ	<u>GOÄ</u> 27 28 750	<u>Leistungsbeschreibung</u> Krebsvorsorgeuntersuchung Frau oder Krebsvorsorgeuntersuchung Mann Auflichtmikroskopie der Haut
	<b>Hepatitis B- und C-Früherkennung</b>	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
<b>Ab 35 J. w</b>	<b>Spezielle Krebsvorsorge</b> 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
<b>Ab 40 J. m</b>	<b>Spezielle Krebsvorsorge</b> 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

<b>Ab 50 J. w / m</b>	<b>Osteoporose- Vorsorge</b>	alle drei KJ	<u>GOÄ</u> 410 5380	<u>Leistungsbeschreibung</u> Ultraschalluntersuchung Osteodensitometrie
<b>50 – 54 J. w / m</b>	<b>Darmkrebsfrüh- erkennung</b>	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
	<b>oder:</b>			
<b>Ab 50 J. w / m</b>	<b>Darmspiegelung</b> 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)
<b>Ab 65 J. m</b>	<b>Früherkennung von Bauchaorten- aneurysmen</b> (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

<b>w</b>	<b>Schwangerschafts- vorsorge und Unter- suchungen nach der Geburt</b> 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 kardiokographische Untersuchung Amniozentese Blutbild Untersuchung Körpermaterial Differenzierte Färbungen (2x) Hämoglobinbestimmung Urinsediment Glukosetoleranztest Alpha-Fetoprotein Bestimmung Blutgruppe / Rhesusfaktor Antikörper-Suchtest
----------	---	---	---	---

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