Tarif GesundheitsUpgrade Komfort

(Tarife GUK0, GUK500, GUK900)

Die folgende Übersicht soll Ihnen eine schnelle Orientierung über die wichtigsten tariflichen Leistungen, das Optionsrecht und den Gesundheitsbonus geben. Die Inhalte sind verkürzt dargestellt. Die vollständige und rechtsverbindliche Festlegung der Tarifleistungen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen ab Seite 5.

Absoluter Selbstbehalt (SB) pro Kalenderjahr:

Tarif	Erwachsene ab Alter 21	Kinder /Jugendliche bis Alter 20
GUK0	0 EUR	0 EUR
GUK500	500 EUR	250 EUR
GUK900	900 EUR	450 EUR

Die Tarifleistungen ergeben sich unter Berücksichtigung des vereinbarten tariflichen SBs zu 100 % aus den nachfolgend definierten erstattungsfähigen Aufwendungen.

Hinweis: Die mit dem Symbol **„➔ SB/GB-neutrale Leistungen“** gekennzeichneten Leistungen unterliegen nicht einem vereinbarten SB und 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); Erstattung aller Leistungen bis insgesamt 1.000 EUR pro Kalenderjahr

Arznei- und Verbandmittel
verordnete und aus der Apotheke bezogene Arznei- und Verbandmittel unbegrenzt

Heilmittel
80 % bis 1.000 EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr, 100 %, sobald ein Selbstbehalt von 200 EUR erreicht ist; wie Massagen, Lichttherapien, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Ernährungstherapien

Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
offener Hilfsmittelkatalog (z. B. Gehhilfen, Orthesen, orthopädische Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Blutdruckmessgeräte)

Sehhilfen und operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK)
Sehhilfen bis 450 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren; operative Sehschärfenkorrekturen bis 1.500 EUR je Auge, einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren

Psychotherapie
80 % bis zur 30. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres, 100 % ab der 31. Sitzung; ohne Begrenzung der Sitzungsanzahl

Häusliche Krankenpflege

K02-137/m21370/09.25

Zahnärztliche Leistungen

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

100 %: Zahnbehandlung

80 %: Zahnersatz, Einlagefüllungen (Inlays), Implantate, Aufbissbehelfe/Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

80 %: Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 21. Lebensjahres; auch Brackets, unsichtbare Zahnschienen; keine Altersbeschränkung bei Unfall/schweren Erkrankungen

Zahnaufhellung (Bleaching) und alternative schmerzlindernde Methoden: jeweils bis 150 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren

Summenbegrenzungen in den ersten 3 Kalenderjahren:

1. Kalenderjahr:	1.000 EUR
1. bis 2. Kalenderjahr:	2.000 EUR
1. bis 3. Kalenderjahr:	3.000 EUR

Bei Unfall entfallen die Summenbegrenzungen.

Hinweis: Die gezielten Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktischen Maßnahmen, die im Abs. B.7. Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, unterliegen nicht der Summenbegrenzung und sind **„→SB/GB-neutrale Leistungen“**.

Stationäre Leistungen

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

gesondert berechenbare

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

gesondert berechenbare Unterbringung

- im Zweibettzimmer
- im Familienzimmer bei Entbindung
- einer erwachsenen Begleitperson („Rooming-in“)

* in Privatkliniken: bis zu 150 % 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 Rehabilitationen (Reha) und Anschlussrehabilitationen (AHB); ambulante Reha muss wohnortnah erfolgen

Vorsorgeleistungen

„LKH-Gesundheitsvorsorge“ → **SB/GB-neutrale Leistungen**

weitere Vorsorgeuntersuchungen
auch über die gesetzlichen Programme hinaus

Schutzimpfungen
Nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) (ohne Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe) → **SB/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 → **SB/GB-neutrale Leistungen**

Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung
bis 200 EUR pro Kalenderjahr

Ambulante und stationäre Kur-/Sanatoriumsbehandlungen
bis zu 2.000 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren für ärztliche Leistungen, Unterkunft und Verpflegung in der Kur-Klinik, Arzneimittel, Heil- und Kurmittel, Kurtaxe und Kurplan

Notarztfahrten, Rettungs- und Krankentransporte und Krankenfahrten

Notarztfahrten

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)

Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit

Kinderwunschbehandlung und Kryo-Konservierung
80 %: medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sowie einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellengewebe

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

Zusätzliche Leistungen im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung
Geburtsvorbereitung
Schwangerschaft- und Rückbildungsgymnastik gemäß der Regelung für Heilmittel
Behandlung und Unterbringung im Geburtshaus

Anspruch auf vorübergehende Beitragsbefreiung
Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif nachversicherten Kindes; für den Geburtsmonat und die darauffolgenden 6 Monate → **SB/GB-neutrale Leistungen**

Beitragsbefreiung für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht oder Elternzeit nimmt, ohne in dieser Zeit Anspruch auf Elterngeld zu haben; bis zu 6 Monate je Kind → **SB/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

Recht auf Wechsel innerhalb der Tarifgruppe GesundheitsUpgrade Komfort in einen Tarif mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt; ab dem 4. Kalenderjahr zu Beginn eines jeden Kalenderjahres.

Recht auf einmaligen Wechsel in einen höherwertigen Tarif der Produktlinie GesundheitsUpgrade zum zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahr.

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

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

Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	Erwachsene ab Alter 21	Kinder/Jugendliche bis Alter 20
1	100 EUR	50 EUR
2	200 EUR	100 EUR
3	300 EUR	150 EUR

Neukunden erhalten bei Leistungsfreiheit ab Vertragsbeginn 300 EUR 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 Abschnitt A.5 b) aufgeführten Leistungen.

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

Inflationsvorsorge/Innovationsvorsorge

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

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

A. Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag 8

A.1 Altersberechnung 8

A.2 Allgemeine und besondere Wartezeiten 8

A.3 Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen) 8

A.3.1 Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifstufen 8

A.3.2 Beitrag in der Ausbildungsstufe 8

A.3.3 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen 8

A.4 Optionsrecht 8

A.5 Gesundheitsbonus (GB) für nicht in Anspruch genommene Leistungen aus dem Tarif ... 10

B. Leistungsumfang 11

B.1 Grundlagen der Leistungserbringung 11

B.1.1 Leistungserbringer 11

B.1.2 Honorargrenzen 12

B.1.3 Angemessene Heilbehandlung 13

B.1.4 Anerkannte Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel 13

B.1.5 Subsidiaritätsklausel 13

B.1.6 Bereicherungsverbot 13

B.1.7 Keine Leistungspflicht der LKH 13

B.1.8 Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR übersteigen 14

B.1.9 Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen 14

B.2 Selbstbeteiligungen (SB), tarifliche Leistungen 14

B.2.1 Selbstbeteiligung (SB) 14

B.2.2 Tarifliche Leistungen und deren zeitliche Zurechnung 15

B.3 Ambulante Leistungen 16

B.3.1 Ärztliche Leistungen 16

B.3.2 Heilpraktiker-Leistungen 16

B.3.3 Arznei- und Verbandmittel 16

B.3.4 Heilmittel 17

B.3.5 Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) 18

B.3.6 Sehhilfen und operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK) 20
B.3.7 Psychotherapie 20
B.3.8 Häusliche Krankenpflege 20
B.3.9 Palliativ-Versorgung 21
B.3.10 Heim-Dialyse 22
B.3.11 Sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung 22
B.3.12 Soziotherapie 23
B.4 Zahnärztliche Leistungen (ohne Vorsorgeleistungen) 24
B.4.1 Heil- und Kostenplan 24
B.4.2 Leistungsbegrenzung in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn 24
B.4.3 Ambulante zahnärztliche Behandlung 24
B.4.4 Stationäre zahnärztliche Behandlung 25
B.4.5 Zahnersatz und Einlagefüllungen, Implantate und funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe/Schienen 25
B.4.6 Kieferorthopädie 26
B.4.7 Zahntechnische Leistungen 27
B.4.8 Zahnaufhellung (Bleaching) 27
B.4.9 Alternative schmerzlindernde Behandlungen 27
B.5 Stationäre Leistungen 27
B.5.1 Stationäre Behandlung im Krankenhaus 27
B.5.2 Ersatzkrankenhaustagegeld (Ersatz-KHT) 28
B.5.3 Übergangspflege im Krankenhaus 28
B.5.4 Hospiz 29
B.6 Medizinische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung 29
B.7 Vorsorgeleistungen 30
B.7.1 Schutzimpfungen 30
B.7.2 „LKH-Gesundheitsvorsorge“ und weitere Vorsorgeleistungen 30
B.7.3 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen 32
B.7.4 Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung 32
B.7.5 Ärztlich verordnete Kur-/Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren) 32

B.8 Notarztfahrten, Rettungs- und Krankentransporte und Krankenfahrten 32
B.8.1 Notarztfahrten 32
B.8.2 Rettungs- und Krankentransporte mit spezieller medizinischer Betreuung 32
B.8.3 Krankenfahrten 33
B.9 Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit 33
B.9.1 Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) und Kryo-Konservierung 33
B.9.2 Schwangerschaftsverhütung 34
B.9.3 Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation 35
B.9.4 Zusätzliche Leistung im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung 35
B.9.5 Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung und während der Elternzeit 35
B.10 Organspende und -transplantation 36
B.11 Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit 37
B.12 Digitale Gesundheitsanwendung 38
B.13 Leistungen im Ausland 38
B.13.1 Einschränkung des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU 38
B.13.2 Behandlungen im Ausland 38
B.13.3 Rücktransporte aus dem Ausland 38
B.13.4 Überführung zum Wohnsitz oder Bestattung im Ausland 39
B.13.5 Leistungen für eine am Aufenthaltsort verbleibende minderjährige oder umfangreich pflegebedürftige Person 39
C. Inflations- und Innovationsvorsorge 40
C.1 Inflationsvorsorge 40
C.2 Innovationsvorsorge 40
D. Anhang – Vorsorgekatalog 41

Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif GesundheitsUpgrade Komfort, Teil II (Tarife GUK0, GUK500, GUK900)

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 Sonderbedingungen für erwachsene Personen in Ausbildung (ohne Alterungsrückstellungen)

A.3.1 Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifstufen

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

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

A.3.2 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.3.3 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.4 Optionsrecht

a) Wechsel in einen Tarif der Tarifgruppe GesundheitsUpgrade Komfort mit abweichendem Selbstbehalt

Ist eine versicherte Person in diesem Tarif mindestens drei Kalenderjahre versichert, so kann sie zu Beginn eines jeden Kalenderjahres in einen Tarif dieser Tarifgruppe GUK mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt [B.2.1] wechseln, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt.

Für die Umstellung in einen anderen möglichen Tarif ist ein entsprechender schriftlicher Antrag bei der LKH erforderlich.

b) Wechsel in einen höherwertigen Tarif innerhalb der Produktlinie GesundheitsUpgrade

Versicherte haben zudem unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in einen höherwertigen Tarif innerhalb der Produktlinie GesundheitsUpgrade ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten.

Der Versicherungsnehmer kann das Optionsrecht zu Beginn des zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahres ausüben, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Voraussetzungen:

- die Versicherung nach dem Tarif GesundheitsUpgrade Komfort hat ununterbrochen bis zum Zeitpunkt der Ausübung der Option bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach dem Tarif GesundheitsUpgrade Komfort nicht unterbrechen;

- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;

- vor Abschluss des Tarifs GesundheitsUpgrade Komfort hat für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der LKH bestanden;

- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses des Tarifs GesundheitsUpgrade Komfort bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet.

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

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 Umstellung in einen anderen möglichen Tarif ist ein entsprechender schriftlicher Antrag bei der LKH erforderlich.

Die Ausübung des Optionsrechts ist ausschließlich zu Beginn des zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahres möglich, jeweils zum gleichen Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns. Der Antrag auf Ausübung muss der LKH spätestens drei Monate vor dem gewünschten Umstellungszeitpunkt vorliegen.

c) 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 von 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 zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht in der GKV zu beantragen. Der Eintritt der Versicherungspflicht steht der Anspruch auf Familienversicherung in der GKV oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

A.5 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.

a) Höhe und Voraussetzungen

In Abhängigkeit der Anzahl aufeinanderfolgender Kalenderjahre ohne Leistungsinanspruchnahme im Tarif [Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre] wird ein Gesundheitsbonus in der folgenden Höhe gewährt:

Anzahl leistungsfreier Kalenderjahre	Erwachsene ab Alter 21	Kinder/Jugendliche bis Alter 20
1	100 EUR	50 EUR
2	200 EUR	100 EUR
3	300 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 in Höhe von 300 EUR bei Erwachsenen bzw. 150 EUR bei Kindern/Jugendlichen 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 dem 15. August des Kalenderjahres erstmalig bei der LKH und in diesem Tarif. Die Person erhält bei Leistungsfreiheit folglich für das Kalenderjahr einen Gesundheitsbonus in Höhe von 100 EUR (=4/12 * 300 EUR) für die Monate September bis Dezember.

Tarifumstellungen innerhalb der Tarifgruppe sowie die im nachfolgenden Absatz b) genannten Tarifleistungen (GB-neutrale Leistungen) mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus.

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 a)],

   - 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 berechtigen und niedergelassenen

- approbierten Ärzten und Zahnärzten,

- approbierten (nicht-ärztlichen) Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeuten-Gesetz 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) sowie in 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) durchführen. Gleiches gilt für verordnete Heilmittel und die Durchführung von 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 Kurklinken und Sanatorien erstattungsfähig.

Neben den hier genannten Leistungserbringern können auch Leistungserbringer gewählt werden, die in den Abschnitten 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.

<u>Bei welchen Leistungserbringern erstattet die LKH nicht?</u>

- 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 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 bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland jeweils gültigen amtlichen oder berufsständisch eingeführten Gebühren- und Entgeltregelungen erstattungsfähig.

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

Die Aufwendungen von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

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 Angemessene Heilbehandlung

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.1.4 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.1.5 Subsidiaritätsklausel

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber anderen gesetzlichen oder privaten Leistungsträgern, z. B. gegenüber 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.1.6 Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

B.1.7 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.1.8 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.1.9 Auskunftspflichten der LKH über Gutachten oder Stellungnahmen

Die LKH gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die die LKH bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat.

Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben.

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

B.2 Selbstbeteiligungen (SB), tarifliche Leistungen

B.2.1 Selbstbeteiligung (SB)

Absolute Selbstbehalte in EUR pro Kalenderjahr je Tarif:

Tarif	Erwachsene ab Alter 21	Kinder/Jugendliche bis Alter 20
GUK0	0 EUR	0 EUR
GUK500	500 EUR	250 EUR
GUK900	900 EUR	450 EUR

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten absoluten Selbstbehalt pro Kalenderjahr gemindert. Vergleiche hierzu Abs. B.2.2.

SB-neutrale Leistungen:

Die Leistungen, die nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet werden, werden als SB-neutrale Leistungen bezeichnet. Hierzu gehören die folgenden Leistungen:

1) SB-neutrale Leistungen bei Vorsorge in Deutschland:

   - Schutzimpfungen nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) [B.7.1 a)],
   - 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) SB-neutrale Leistungen bei Anspruch auf vorübergehende Beitragsfreiheit nach Abs. B.9.4:

   - 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.2.2 Tarifliche Leistungen und deren zeitliche Zurechnung

Tarifliche Leistungen

Die LKH übernimmt ausschließlich Kosten, zu deren Begleichung der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vertraglich gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer [B.1.1] verpflichtet ist. Diese Kosten werden als Aufwendungen bezeichnet. Als erstattungsfähige Aufwendungen werden die Aufwendungen bezeichnet, die nach dem tariflichen Leistungsversprechen unter Berücksichtigung von Erstattungssätzen, Leistungsbegrenzungen und/oder nach Abzug von Ansprüchen gegenüber Dritten erstattungsfähig sind. Die tariflichen Leistungen ergeben sich hieraus unter Abzug eines vereinbarten tariflichen Selbstbehaltes.

Hinweis:

Die beispielsweise in den nachfolgenden Abschnitten verwendete Formulierung "Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ..." bezieht sich nur auf den grundsätzlich möglichen Erstattungsrahmen und stellt kein selbständiges Leistungsanerkenntnis dar.

Zeitliche Zurechnung der tariflichen Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die medizinisch notwendigen Behandlungen oder sonstigen versicherten 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 % 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 % erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktiker [B.1.1] im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

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

Die Aufwendungen im Rahmen der Heilpraktiker-Versorgung inkl. der von ihnen veranlassten Laborleistungen sind bis zu 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Unter diese Summenbegrenzung fallen auch von Heilpraktikern verordnete Arznei- und Verbandmittel [B.3.3] und Hilfsmittel [B.3.5].

B.3.3 Arznei- und Verbandmittel

Zu 100 % 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 Bluttestreifen (ohne Schwangerschafts-Tests),
- Verbandmittel,
- diätetische Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Nähr- und Stärkungsmittel sowie sog. Krankenkost gemäß Arzneimittelrichtlinie, die 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).

Die von einem Heilpraktiker verordneten Arznei- und Verbandmittel fallen unter die geltenden Regelungen für Heilpraktiker-Leistungen [B.3.2], die summenmäßig insgesamt auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt sind.

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.

- Nicht verordnete und aus der Apotheke bezogene Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig.

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

B.3.4 Heilmittel

Zu 80 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilmittel bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR. Der Teil, der den jährlichen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR übersteigt, ist zu 100 % erstattungsfähig.

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,

- Masseure,

- 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 Rehabilitationssport und Funktionstraining erstattungsfähig, sofern diese von einem Arzt [B.1.1] verordnet wurden.

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

B.3.5 Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Zu 100 % erstattungsfähig sind 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. Hörgeräte inkl. Otoplastiken in medizinisch notwendiger Standardausführung, Cochlea-Implantate, Lesegeräte, Sprechgeräte, Inhalations- und Atemgeräte),

- Körperersatzstücke (z. B. Arm- oder Beinprothesen, Epithesen, künstlicher Kehlkopf, Kunstauge),
- Orthopädische Schuhe und Einlagen,
- Haarersatz (z. B. Perücken),
- Hilfsmittel für Blinde (z. B. Blindenstock, Blindenleitgerät),
- Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummi-/Kompressionsstrümpfe,
- Stoma-/Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel,
- Geräte zur Therapie und Diagnostik (z. B. Blutdruck- oder Blutzuckermessgeräte).

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 erstattet die LKH 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 von einem Heilpraktiker verordneten Hilfsmittel fallen unter die geltenden Regelungen für Heilpraktiker-Leistungen [B.3.2], die summenmäßig insgesamt auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt sind.

Hörgeräte werden unabhängig von der vorgenannten Regelung zur Beschaffung über die LKH in medizinisch notwendiger Standardausführung erstattet.

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.

Hinweis:
Bei kostenintensiven Hilfsmitteln über 1.000 EUR wird empfohlen, im Rahmen der vorherigen Information an die LKH die ärztliche Verordnung und einen Kostenvoranschlag vorzulegen.

B.3.6 Sehhilfen und operative Sehschärfen-korrekturen (z. B. LASIK)

a) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten:

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

Die Aufwendungen für den Kauf, die Anpassung und die Reparatur von Sehhilfen sind zu 100 % und insgesamt bis zu 450 EUR innerhalb von 3 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 % erstattungsfähig und auf 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 oder
- approbierten (nicht-ärztlichen) Psychotherapeuten

sind zu 80 % bis zur 30. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig.

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

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

B.3.8 Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege umfasst folgende Leistungsbereiche:

- Die Behandlungspflege umfasst solche ärztliche 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 % 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 Abs. 1 SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) geschlossen.

B.3.9 Palliativ-Versorgung

Zu 100 % 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.3.10 Heim-Dialyse

Zu 100 % 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.3.11 Sozial-pädiatrische Behandlung und Frühförderung

a) Sozialpädiatrische Behandlung

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

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

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

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

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

b) Frühförderung

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

Zu 100 % erstattungsfähig sind die 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 sozialpädiatrischen Behandlung wird empfohlen, die Leistungszusage bei der LKH einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch auf Frühförderung gegeben sind und falls ja b) welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.

B.3.12 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 % erstattungsfähig.

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

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Soziotherapien bis zu 120 Stunden innerhalb von drei 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 % erstattungsfähig.

Hinweis:
Die LKH empfiehlt die Einreichung eines Heil- und Kostenplans ab 5.000 EUR Rechnungsbetrag.

B.4.2 Leistungsbegrenzung in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn

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

- 1.000 EUR während des 1. Kalenderjahres
- 2.000 EUR während der ersten 2 Kalenderjahre und
- 3.000 EUR während der ersten 3 Kalenderjahre.

Ab dem 4. Kalenderjahr entfällt die Summenbegrenzung.

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

Hinweis:
Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zahnprophylaktische Maßnahmen (z. B. professioneller Zahnreinigung und lokale Fluoridierung) sind unter dem Abs. B.7 Vorsorgeleistungen geregelt. Diese Leistungen unterliegen nicht der Summenbegrenzung in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn; sie werden zusätzlich erstattet.

B.4.3 Ambulante zahnärztliche Behandlung

Zu den versicherten Leistungen gehören:

a) Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Zu 100 % 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 Operationsmikroskops oder Lasers im Rahmen einer zahnmedizinischen Behandlung in den in der GOZ dafür vorgesehenen Leistungsbereichen.

b) Konservierende Leistungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind Aufwendungen für konservierende Leistungen einschließlich:

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

c) Zahn- und kieferchirurgische Leistungen

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

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

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

Zu 100 % 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 dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.

B.4.4 Stationäre zahnärztliche Behandlung

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine stationäre zahnärztliche Behandlung im Rahmen des Abschnittes B.5 – Stationäre Leistungen, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann.

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

B.4.5 Zahnersatz und Einlagefüllungen, Implantate und funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe/ Schienen

a) Zahnersatz und Einlagefüllungen

Zu 80 % 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 dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.

b) Implantate

Zu 80 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich der dazugehörenden

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

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

Zu 80 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen des Kauapparates einschließlich der dazugehörenden Vor- und Nachbehandlungen.

Aufbissbehelfe und Schienen (auch DROS-Schienen) sind einschließlich der zahntechnischen Leistungen und des Materials ebenfalls zu 80 % erstattungsfähig.

B.4.6 Kieferorthopädie

Zu 80 % 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.4.7 Zahntechnische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen im Rahmen der bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Diese sind bei Zahnbehandlungen [B.4.3; B.4.4] zu 100 %, bei Zahnersatz-Maßnahmen [B.4.5] zu 80 % und bei Kieferorthopädie-Maßnahmen [B.4.6] zu 80 % erstattungsfähig.

B.4.8 Zahnaufhellung (Bleaching)

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) bis zu 150 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren.

B.4.9 Alternative schmerzlindernde Behandlungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für alternative schmerzlindernde Behandlungen bis zu 150 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren. Hierzu gehören beispielsweise die

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

B.5 Stationäre Leistungen

B.5.1 Stationäre Behandlung im Krankenhaus

Zu 100 % erstattungsfähig sind bei einer akutstationären Behandlung die Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegesatzverordnung (BPflV) inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115a SGB V, tagesstationäre Behandlung nach § 115e SGB V und Hybrid-DRG nach § 115f SGB V sowie

b) gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlarzt und Belegarzt),

c) gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer,

d) gesondert berechenbare Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers,

e) gesondert berechenbare Unterbringung im Familienzimmer bei Entbindung [B.9.3],

f) gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson („Rooming-in“), sofern dieses medizinisch erforderlich ist (z. B. bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren oder umfangreich pflegebedürftigen Personen).

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

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

Rechnet ein Krankenhaus nicht nach KHEntgG bzw. BPflV ab, werden die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen unter a) bis zu 150 % 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 Ersatzkranken-haustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden für die gesamte Dauer des Aufenthalts

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

nach Abs. B.5.1 in Anspruch genommen, so erhält die versicherte Person ein Ersatzkrankenhaustagegeld (Ersatz-KHT) in Höhe von:

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

Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Die Behandlung erfolgt in einem Krankenhaus, das nach BPflV oder KEntgG abrechnet.

B.5.3 Übergangs-pflege im Krankenhaus

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 Entlassmanagement,
- die Unterkunft und Verpflegung sowie
- ärztliche Leistungen.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Übergangspflege im Krankenhaus bis zu dem Betrag, den die GKV hierfür akzeptiert (Vergütungsvereinbarung nach § 132m SGB V).

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 können.

- Die Übergangspflege erfolgt in dem Krankenhaus, in dem zuvor die versicherte Person behandelt wurde.

B.5.4 Hospiz

Zu 100 % 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

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer Reha-Einrichtung für die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation (Reha) und Anschlussheilbehandlung (AHB) gemäß § 40 Abs. 1 + 2 SGB V.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu 150 % der Kosten, die die GKV hierfür akzeptiert. Wenn die Reha-Einrichtung über keinen aktuellen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger verfügt, wird die nächstgelegene Reha-Einrichtung mit einem laufenden Vertrag für die Begrenzung des maximalen Erstattungssatzes zugrunde gelegt.

Ambulante medizinische Rehabilitationen und Anschlussheilbehandlungen sind dann erstattungsfähig, wenn diese in einer geeigneten Reha-Einrichtung in der Nähe des Wohnsitzes der versicherten Person erfolgten.

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

Bei einer stationären medizinischen Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung sind neben der allgemeinen medizinischen Versorgung, Unterbringung und Verpflegung zusätzlich als Wahlleistung die Aufwendungen für die

- gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer und

- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

zu 100 % erstattungsfähig.

Ärztlich verordnete Kur-Behandlungen (medizinische Vorsorgekuren) sind in Abs. B.7.5 geregelt.

Hinweis:
Vor Antritt einer medizinischen Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung wird empfohlen, die Leistungszusage bei der LKH einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für eine Leistungserstattung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig und ggf. vorrangig in Anspruch zu nehmen ist.

B.7 Vorsorgeleistungen

B.7.1 Schutz-impfungen

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxen.

SB- und GB-neutrale Leistungen:

Diese Leistungen werden nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt (SB) nach Abs. B.2.1 angerechnet und mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.5.

Für welche Impfungen und Impfstoffe leistet die LKH nicht?

Nicht erstattungsfähig sind Reiseschutzimpfungen, Malariaprophylaxen (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-Gesundheits-vorsorge“ und weitere Vorsorge-leistungen

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

SB- und GB-neutrale Leistungen:

Die Leistungen im Rahmen der „LKH-Gesundheitsvorsorge“ sind zu 100 % erstattungsfähig und werden bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 EUR pro Kalenderjahr nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt (SB) nach Abs. B.2.1 angerechnet und mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.5.

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. Dazu gehören z. B.:

Allgemeine Gesundheitsuntersuchungen für Frauen und Männer:

- Untersuchung des Blutes,
- Früherkennung von Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen,
- Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Früherkennung von Nierenerkrankungen,

- Osteoporose-Vorsorge,
- Tuberkuloseuntersuchung

Krebsvorsorge für Frauen und Männer:

- Haut- und Darmkrebsfrüherkennung

Spezielle Gesundheitsuntersuchungen für Frauen (u.a.):

- Chlamydien-Screening

Spezielle Krebsvorsorge für Frauen:

- Gebärmutterhalskrebs- und Brustkrebsfrüherkennung

Spezielle Gesundheitsuntersuchungen für Männer:

- Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader

Spezielle Krebsvorsorge für Männer:

- Krebsfrüherkennung (Prostata und äußere Genitalien)

Schwangerschaftsvorsorge und Untersuchungen nach der Geburt:

- Allgemeine Untersuchungen vor der Geburt,
- Vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors,
- Fruchtwasseruntersuchung,
- Untersuchungen nach der Geburt

Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche:

- U1 bis U11 sowie J1 und J2

aus dem als Anhang in Abschnitt D. beigefügten Vorsorgekatalog.

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 % erstattungsfähig. Diese zusätzlichen Leistungen unterliegen jedoch einem etwaigen vereinbarten Selbstbehalt (SB) nach Abs. B.2.1 und mindern den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB). Dazu gehören auch weitere Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und Früherkennungsuntersuchungen nach der Geburt eines Kindes.

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

Zu 100 % erstattungsfähig sind 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.

SB- und GB-neutrale Leistungen:

Diese Leistungen werden nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt (SB) nach Abs. B.2.1 angerechnet und mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.5.

B.7.4 Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung bis zu 200 EUR pro Kalenderjahr.

Welche Gesundheitskurse werden von der LKH anerkannt?

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

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

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen von ärztlich verordneten Kur-/Sanatoriumsbehandlungen für:

- ärztliche Leistungen,
- die Unterkunft und Verpflegung in der Kur-Klinik (mit Versorgungsvertrag gem. § 111c SGB V),
- Arzneimittel,
- Heil- und Kurmittel,
- die Kurtaxe und den Kurplan

bis zu 2.000 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren.

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

Die Kur-Behandlung muss von einem Arzt [B.1.1] verordnet sein.

B.8 Notarztfahrten, Rettungs- und Krankentransporte und Krankenfahrten

B.8.1 Notarztfahrten

Die Aufwendungen für Notarztfahrten sind zu 100 % 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 % erstattungsfähig.

B.8.3 Krankenfahrten

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

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 werden zu 100 % übernommen, 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
- mit dem privatem PKW (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer erstattungsfähig).

b) Sonstige medizinisch notwendige Krankenfahrten

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

- ambulanten Apherese- und Dialysebehandlungen,
- ambulanten Strahlen- oder Chemotherapien bei Krebs,
- ambulanten Operationen und nachoperative Behandlungen,
- ambulanten oder zahnärztlichen Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Geh- oder Sehunfähigkeit bzw. einer Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit) oder Bl (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.

<u>Was ist der nächstgelegene geeignete Behandlungsort?</u>

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

B.9 Besondere Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit

B.9.1 Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) und Kryo-Konservierung

Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Insemination, In-Vitro-Fertilisation/IVF, In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion/ICSI) sind zu 80 % erstattungsfähig.

Bei Insemination sind nach hormoneller Stimulation bis zu 3 Versuche, im Spontanzyklus bis zu 8 Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt bis zu 3 Behandlungszyklen (Embryonentransfers) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettzyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich.

Darüber hinaus sind die Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzellen-Gewebe nebst ärztlichen Leistungen zu 80 % erstattungsfähig, wenn sie medizinisch erforderlich ist.

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

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

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

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

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

B.9.2 Schwangerschaftsverhütung

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

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

Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?

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

B.9.3 Schwanger-schaftsabbruch und Sterilisation

Zu 100 % 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 Schwanger-schaft und Entbindung

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

- Hebammen bzw. Entbindungspfleger,
- Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der „Mutterschafts-Richtlinien“ [B.7.2],
- Unterbringung im Familienzimmer im Krankenhaus [B.5.1] und
- die Behandlung und Unterbringung im Geburtshaus.

Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sind im Rahmen der Regelungen für Heilmittel [B.3.4] ebenfalls erstattungsfähig.

B.9.5 Vorübergehende Beitrags-befreiung bei Kindernachver-sicherung und während der Elternzeit

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

Diese Leistungen werden nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt (SB) gemäß Abs.B.2.1 angerechnet und mindern nicht den Anspruch auf den Gesundheitsbonus (GB) nach Abs. A.5 **(SB/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 aufgrund der Überschreitung der Einkommensgrenzen nach § 1 Abs. 8 BEEG 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 Mehrlingsgeburten 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.

<u>Welche besonderen Voraussetzungen bestehen?</u>

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

B.10 Organspende und -transplantation

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

a) Leistungen für die versicherte Person (Organempfänger)

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

b) Leistungen für den Organspender

Die Aufwendungen für den Organspender im Zusammenhang mit der Entnahme eines Spender-Organs/-Gewebes oder von Stammzellen sind ebenfalls zu 100 % erstattungsfähig. Darüber hinaus erstattet die LKH zu 100 % den tatsächlich entstandenen Verdienstausfall, 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 Verdienstausfalls auf Antrag des Arbeitgebers das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge und Beiträge zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung an den Organspender.

Vereinbarte Selbstbehalte des bei der LKH versicherten Organempfängers wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

c) Bereitstellung des Spender-Organs/-Gewebes

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

B.11 Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit

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

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

b) Stationäre Suchtentwöhnung

Die Aufwendungen für eine stationäre Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind gemäß Abs. B.5 (Stationäre Leistungen) zu 100 % erstattungsfähig. Stationäre Wahlleistungen (gesondert berechenbare ärztliche Leistungen und Kosten für Unterbringung) sind nicht erstattungsfähig.

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

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

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

B.12 Digitale Gesundheits-anwendung

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

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Behandlung bis zu den im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (sog. „DiGA-Verzeichnis“) genannten Herstellerpreisen. 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 Einschränkung des Geltungs-bereichs 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).

Der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb dieser Länder besteht abweichend von § 1 Abs. 4 der AVB/KKV GU während der ersten 3 Monate.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlungen über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht auch ohne weitere Vereinbarung Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise bzw. den Rücktransport nachweislich nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Die LKH ist über die Notwendigkeit einer Verlängerung über drei Monate hinaus so schnell wie möglich zu informieren.

B.13.2 Behandlungen im Ausland

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Abschnitten 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 Rücktrans-porte 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 % erstattungsfähig:

a) Rettungsflug mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug, der von einem anerkannten Flugunternehmen gemäß den Richtlinien für Ambulanzflüge durchgeführt wird. Voraussetzung für die Erstattung bzw. die Kostenzusage ist, dass eine ärztliche Bescheinigung vorliegt, nach der der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben der versicherten Person retten zu können.

b) Sonstige medizinisch notwendige und ärztlich bescheinigte Krankenrücktransporte (einschließlich notwendiger Mehrkosten) aus dem Ausland bis zu dem Fünffachen der Kosten eines Erste-Klasse-Fluges einer Person im Linienverkehr. Die Begrenzung auf das „Fünffache“ entfällt, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung im Ausland nachweislich nicht gewährleistet und eine mindestens 14-tägige stationäre Behandlung in Deutschland erforderlich ist.

Mehrkosten können entstehen, wenn z. B.

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

Hinweis zu Punkt b):

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

B.13.4 Überführung zum Wohnsitz oder Bestattung im Ausland

a) Überführung zum Wohnsitz

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

b) Bestattung im Ausland

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

B.13.5 Leistungen für eine am Aufenthaltsort verbleibende minderjährige oder umfangreich pflegebedürftige Person

Zu 100 % 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 Innovationsvorsorge

C.1 Inflations-vorsorge

Um den Wert des Versicherungsschutzes bei möglichen Preissteigerungen zu erhalten, ist die LKH berechtigt, die in den Abschnitten B.3 – 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, ob eine Erweiterung der in Absatz B dieser Bedingungen aufgeführten tariflichen Leistungen im Sinne des § 18 AVB/KKV GU möglich und zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich ist. Weitere Voraussetzung für eine Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist ferner, dass ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und für angemessen erachtet hat.

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

D. Anhang – Vorsorgekatalog

Wann und für wen?	Was?	Wie oft?	Abrechnung nach GOÄ
Vorsorgeuntersuchungen nach Alter [1]			
0 - 10 J. w/m [2]	**Vorsorgeleistungen für Kinder** zur Früherkennung von Krankheiten	Jede U-Untersuchung ein Mal	Die Untersuchungen U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U7a, U8, U9, U10 und U11 werden jeweils nach GOÄ 25 oder 26 abgerechnet. GOÄ – Leistungsbeschreibung 25 – Neugeborenen-Erstuntersuchung 26 – Früherkennungsuntersuchung beim Kind 3691.H1 – Zu U1 – Screening auf Sichelzellkrankheit 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)

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

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

			1216	Zu U2 - U9 – Sehtest (Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus)
			413	Zu U3 – Ultraschalluntersuchung
			1404	Zu U8 – Sprachaudiometrische Untersuchung
			3511	Zu U8 und U9 – Harnstreifentest
13 - 14 J. w/m	**Vorsorgeleistungen für Jugendliche** Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	ein Mal	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutz-gesetz
			250	Blutabnahme
16 - 17 J. w/m	**Vorsorgeleistungen für Jugendliche** Jugendgesundheitsuntersuchung (J2)	ein Mal	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutz-gesetz
			250	Blutabnahme
			3514	Glukose
18 - 35 J. w/m	**Allgemeine Gesundheits-untersuchung** zur Früherkennung von Erkrankungen, insbesondere des Blutes, von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus	ein Mal	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			29	Früherkennung beim Erwachsenen
			250	Blutentnahme
			3550	Blutbild
			3560	Glukose
			3562	Cholesterin
			3511	Untersuchung eines Körpermaterials
			3595.H1	GPT (Glutamatpyruvattransaminase)
			3594.H1	GOT (Glutamatoxalazetattransaminase)
			3593.H1	Gamma-GT
20 - 34 J. w	**Spezielle Krebsvorsorge** für Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	ein Mal pro KJ [2]	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			27	Krebsvorsorgeuntersuchung Frau
			250	Blutentnahme
			3501	Blutsenkung
			3503	Blutwert Hämatokrit (auch 3504-3506)
			297/298	Abstrich zur zytologischen Untersuchung
			410	Ultraschalluntersuchung ein Organ
			403	Zuschlag transkavitäre Untersuchung
			4815A	Dünnschichtzytologie
			4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Bis 25 J. w	**Chlamydien - Screening** für Frauen bis zum 25. Lebensjahr	ein Mal pro KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			1	Beratung
			297	Abstrich zur zytologischen Untersuchung
			4253	Qualitativer Antikörper-Nachweis

			4265	Quantitative Antikörper-Bestimmung
Ab 25 J. **w**	**Spezielle Krebsvorsorge** für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs	ein Mal pro KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			27	Krebsvorsorgeuntersuchung Frau
Ab 30 J. **w**	**Mammographie** für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs	alle drei KJ, ab Alter 50 alle zwei KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			1	Beratung
			2	Befundübermittlung
			60	Konsiliarische Erörterung analog Doppelbefundung
			5265	2 x Mammographie einer Seite, eine Ebene oder
			5266	2 x Mammographie einer Seite, zwei Ebenen
	oder:		5298	Zuschlag für digitale Radiographie
Ab 30 J. **w**	**Ultraschall-untersuchung** für Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs	alle drei KJ, ab Alter 50 alle zwei KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			1	Beratung
			7	Vollständige körperliche Untersuchung
			418	Ultraschalluntersuchung einer Brust
			420	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust
			420	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite
			401	Zuschlag Duplex-Verfahren
Ab 35 J. **w/m**	**Allgemeine Gesundheits-untersuchung** zur Früherkennung von Erkrankungen, insbesondere des Blutes, von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus	alle drei KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			29	Früherkennung beim Erwachsenen
			250	Blutentnahme
			3531	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)
			3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Harnsäure)
			3550	Blutbild
			3560	Glukose
			3562	Cholesterin
			3563.H1	HDL-Cholesterin
			3564.H1	LDL-Cholesterin
			3565.H1	Triglyzeride
			3585.H1	Kreatinin
			3595.H1	GPT (Glutamatpyruvattransaminase)
			3594.H1	GOT (Glutamatoxalazetattransaminase)
			3593.H1	Gamma-GT
			3511	Untersuchung eines Körpermaterials
			410	Ultraschalluntersuchung der ersten Niere
			420	Ultraschalluntersuchung der zweiten Niere

			651/652	EKG/EKG bei Ruhe/bei Ergonomie
	Hautkrebsfrüherkennung	ein Mal pro KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			27	Krebsvorsorgeuntersuchung Frau
			28	Krebsvorsorgeuntersuchung Mann
			750	Auflichtmikroskopie der Haut
	Hepatitis B- und C-Früherkennung	einmalig während Versicherungs-dauer oder anlassbezogen	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			250	Blutentnahme
			4381	Untersuchung auf Hepatitis B-Antigen
			4393	Untersuchung auf Hepatitis C-Antigen
Ab 35 J. w	**Spezielle Krebsvorsorge** für Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs inkl. HPV-Test	alle drei KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			27	Krebsvorsorgeuntersuchung Frau
			250	Blutentnahme
			3501	Blutsenkung
			3503	Blutwert Hämatokrit (auch 3504-3506)
			297/298	Abstrich zur zytologischen Untersuchung
			410	Ultraschall mehrere Organe (mit 420)
			403	Zuschlag transkavitäre Untersuchung
			4815A	Dünnschichtzytologie
			4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
			4780	Isolierung von Nukleinsäuren
			4783	Amplifikation von Nukleinsäuren mit PCR
			4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung
Ab 40 J. m	**Spezielle Krebsvorsorge** für Männer zur Früherkennung von Prostatakrebs	ein Mal pro KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			28	Krebsvorsorgeuntersuchung Mann
			250	Blutentnahme
			3501	Blutsenkung
			3503	Blutwert Hämatokrit (auch 3504-3506)
			410	Ultraschall mehrere Organe (mit 420)
			403	Zuschlag transkavitäre Untersuchung
			3908.H3	Prostataspezifisches Antigen
Ab 50 J. w/m	**Osteoporose-Vorsorge**	alle drei KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			410	Ultraschalluntersuchung
			5380	Osteodensitometrie
50 - 54 J. w/m	**Darmkrebsfrüherkennung**	ein Mal pro KJ	GOÄ	Leistungsbeschreibung
			1	Beratung
			7	Vollständige körperliche Untersuchung

	oder:		11 3500 3735A 3736A	Digitaluntersuchung Mastdarm Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung Stuhltest auf okkultes Blut quantitativ Stuhltest auf okkultes Blut qualitativ
Ab 50 J. **w/m**	**Darmspiegelung** zur Früherkennung von Darmkrebs	insgesamt zwei Mal (zweite Darmspiegelung zehn KJ nach der ersten)	GOÄ 1 7 11 250 3960 415 452 602 650 687 4800	Leistungsbeschreibung Beratung Vollständige körperliche Untersuchung Digitaluntersuchung Mastdarm Blutentnahme Quickwert Transrektale Ultraschalluntersuchung Intravenöse Kurznarkose – mehrmalig Oxymetrische Untersuchung EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen Hohe Koloskopie (oder 688 – 690, 705) Histologische Untersuchung (+4801, 4810)
Ab 65 J. **m**	**Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen** (zusätzlich zu den Vorsorgeziffern)	einmalig während der Versicherungs-dauer oder anlassbezogen	GOÄ 410 420 401 404	Leistungsbeschreibung Ultraschalluntersuchung 1 Organ Ultraschalluntersuchung weitere Organe Zuschlag Duplex-Verfahren Zuschlag Frequenzspektrumanalyse

Weitere Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzung				
w	**Schwangerschaftsvorsorge und Untersuchungen nach der Geburt** Allgemeine Untersuchungen vor der Geburt, vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesus-Faktors, Fruchtwasseruntersuchung sowie Untersuchungen nach der Geburt	Ziel der Unter-suchungen und Beratungen ist die Abwendung aller möglichen Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind.	GOÄ 22 23 24 250 410 415 1002 1011 3550 3511 3510 3517	Leistungsbeschreibung Eingehende Beratung einer Schwangeren Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf Blutentnahme Ultraschalluntersuchung zur Amniozentese (2x) Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge Externe kardiotokographische Untersuchung Amniozentese Blutbild Untersuchung Körpermaterial Differenzierte Färbungen (2x) Hämoglobinbestimmung

			3531 Urinsediment 3613 Glukosetoleranztest 3743 Alpha-Fetoprotein 3982 Bestimmung Blutgruppe / Rhesusfaktor 3987 Antikörper-Suchtest 4265 Chlamydien-Nachweis 4232 Lues-Test 4306 Röteln-HAH-Test 4381 Nachweis Hepatitis B 4395 HIV-Test 4873 Chromosomenanalyse (2x) 4871A Anlage weiterer Zellkulturen In der ersten Woche nach der Geburt 1 Beratung 7 Vollständige körperliche Untersuchung 3550 Blutbild Sechs bis acht Wochen nach der Geburt 1 Beratung 7 Vollständige körperliche Untersuchung 651 EKG 3550 Blutbild 3560 Glukose 3760 Protein im Urin
w/m	**Tuberkuloseuntersuchung**	einmalig während der Versicherungs-dauer oder anlassbezogen	GOÄ Leistungsbeschreibung 1 Beratung 7 Vollständige körperliche Untersuchung 384 Stempeltest 5135 oder 5137 Röntgenaufnahme der Brustorgane