

LKH Tarife A/S/Z Beihilfe

Für alle Tarife gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z).

A. Ambulante Krankheitskosten

Tarife A20, A22, A25, A30, A35, A40, A45, A50

Versicherungsfähigkeit

Nach diesen Tarifen sind Personen versicherungsfähig, die im Krankheitsfall einen Anspruch auf Beihilfe im Sinne des Bundes, der Länder oder Gemeinden haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

Der Tarif A22 kann nur als Zusatztarif zu den Tarifen A20, A25, A30, A35, A40, A45 oder A50 abgeschlossen werden und endet auch gleichzeitig mit diesen. Versicherungsverhältnisse nach Tarif A22 enden bei Eintritt des Versorgungsfalles, spätestens jedoch vom Beginn des Monats an, der dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters folgt.

A. I. Erstattungsfähige Leistungen

Die jeweiligen Erstattungsprozentsätze und -beträge für die Tarife A20 – A50 ergeben sich aus der Tabelle unter A.II.

Beträgt die Erstattungsleistung zusammen mit den Leistungen aus anderen Tarifen und der Leistung der Beihilfe mehr als 100 % des jeweiligen Rechnungsbetrages, kann die Leistung aus diesen Tarifen entsprechend gekürzt werden.

A. I. 1. Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen und Wegegeld,
2. ambulante Operationen,
3. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
4. Arznei- und Verbandmittel,
5. Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) mit Ausnahme von beruflich bedingten Impfungen und Reiseschutzimpfungen,
6. refraktive Hornhautchirurgie (z. B. Lasik),
7. medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren.

A. I. 2. Psychotherapie

Aufwendungen für Psychotherapie durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind erstattungsfähig.

A. I. 3. Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind **nicht** erstattungsfähig.

A. I. 4. Heilmittel

Als Heilmittel gelten ausschließlich: Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder), Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.

Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh) erstattungsfähig.

A. I. 5. Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

- a) Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000,- EUR** sind erstattungsfähig.
- b) Bei Rechnungsbeträgen von über **1.000,- EUR** sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig.

Der Versicherer kann seine Leistungspflicht für solche Hilfsmittel auch dadurch erfüllen, indem er das betreffende Hilfsmittel für den Versicherten selbst oder über Dritte beschafft oder leihweise zur Verfügung stellt. Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer hierzu vorab keine Gelegenheit gegeben und liegt keine vorherige schriftliche Zusage vor, wird der Erstattungsbetrag um einen Selbstbehalt von **20 %** gekürzt.

A. I. 6. Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen – dies sind ausschließlich Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen – sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **300,- EUR** je Kalenderjahr erstattungsfähig. Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

A. I. 7. Häusliche Behandlungspflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (z. B. Injektionen, Verband- oder Katheterwechsel) durch geeignete Pflegefachkräfte sind in Höhe des Betrages erstattungsfähig, der für die Versorgung einer in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre.

A. I. 8. Ambulante Fahrtkosten

Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei

- Chemotherapien,
- Strahlentherapien,
- ambulanten Operationen,
- Unfällen

sind erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.

Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei

- ambulanter Dialysebehandlung,
- nachoperativer Behandlung

sind erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxis, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs (Privatfahrten) ist ersatzweise jeder gefahrene Kilometer mit einem Betrag gemäß der Tabelle unter A.II. erstattungsfähig.

A. I. 9. Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft

Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Insemination, IVF, ICSI) sind erstattungsfähig.

Bei Insemination sind nach hormoneller Stimulation maximal drei Versuche, im Spontanzyklus maximal acht Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt maximal drei Behandlungszyklen (Embryontransfers) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- a) die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt,
- b) die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,
- c) ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden und
- d) eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.

Kann ein Anspruch auf Kostenerstattung/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht in diesem Umfang kein Leistungsanspruch.

A. I. 10. Sonstige Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften

Aufwendungen für Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitung, Geburtsnachsorge, Hebammenhilfe bei ambulanter Entbindung und Rückbildungsgymnastik sind erstattungsfähig.

A. I. 11. Ambulante Kurbehandlungen

Im Rahmen einer ambulanten Kurbehandlung sind die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlungen und Wegegeld (A.I.1. Nr. 1), Arznei- und Verbandmittel (A.I.1. Nr. 4) und Heilmittel (A.I.4.) erstattungsfähig. Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh) erstattungsfähig.

Der Anspruch auf die Erstattung von ambulanten Kurbehandlungen entsteht erstmalig nach Ablauf von einer Versicherungsdauer von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, entsteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung im dritten darauf folgenden Kalenderjahr.

A. I. 12. Ambulante Suchtentwöhnung

Aufwendungen für ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinabhängigkeit. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch stationäre Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

A. I. 13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.

A. I. 14. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach den Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 4050, 4055 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
2. konservierende Leistungen (ausgenommen Kronen, Teilkronen und Inlays),
3. zahn- und kieferchirurgische Leistungen (auch Knochenaufbau zur Implantatversorgung),
4. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
5. Röntgenuntersuchungen,
6. professionelle Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr.

A. II. Höhe der Tarifleistungen

| Tarif | | A20 | A22 | A25 | A30 | A35 | A40 | A45 | A50 |
|---|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Die Erstattung für A.I.1. – A.I.13. beträgt | % | 20 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| Die Erstattung für Privatfahrten (A.I.8.) beträgt | EUR | 0,08 | 0,08 | 0,10 | 0,12 | 0,14 | 0,16 | 0,18 | 0,20 |
| Die Erstattung für A.I.14. beträgt | % | 10 | 20 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 |

B. Stationäre Krankheitskosten ohne Wahlleistungen

Tarife S20, S22, S25, S30, S35, S40, S45, S50

Versicherungsfähigkeit

Nach diesen Tarifen sind Personen versicherungsfähig, die im Krankheitsfall einen Anspruch auf Beihilfe im Sinne des Bundes, der Länder oder Gemeinden haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

Der Tarif S22 kann nur als Zusatztarif zu den Tarifen S20, S25, S30, S35, S40, S45 oder S50 abgeschlossen werden und endet auch gleichzeitig mit diesen. Versicherungsverhältnisse nach Tarif S22 enden bei Eintritt des Versorgungsfalles, spätestens jedoch vom Beginn des Monats an, der dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters folgt.

B. I. Erstattungsfähige Leistungen

Die Erstattungsprozentsätze und -beträge für die Tarife S20 – S50 ergeben sich aus der Tabelle unter B.II.

Beträgt die Erstattungsleistung zusammen mit den Leistungen aus anderen Tarifen und der Leistung der Beihilfe mehr als 100 % des jeweiligen Rechnungsbetrages, kann die Leistung aus diesen Tarifen entsprechend gekürzt werden.

B. I. 1. Krankenhausbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
2. Kosten des Belegarztes und der Beleghebamme in der allgemeinen Pflegeklasse,
3. Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Für stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen für Krankenhäuser (insbesondere KHEntgG, BPfIV) unterliegen, wird die Obergrenze für die erstattungsfähigen Aufwendungen durch die Entgelte bestimmt, die bei Behandlung in dem zum behandelnden Krankenhaus nächstgelegenen geeigneten und den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus für Versorgung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.

B. I. 2. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung erstattungsfähig. Die Voraussetzungen des § 4 Abs. 5 AVB/KKV A/S/Z bleiben unberührt.

B. I. 3. Kuren und Sanatoriumsbehandlung

Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sind die Aufwendungen bis zu dem in der Tabelle unter B.II. angegebenen Betrag je Kalendertag erstattungsfähig.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmalig nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauf folgenden Kalenderjahr nach dem letzten Kuraufenthalt.

B. I. 4. Stationäre Suchtentwöhnung

Bei stationärer Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind die unter B.I.1. Nr. 1 genannten Aufwendungen nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinsucht. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch ambulante Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

B. I. 5. Stationäre Hospizbehandlung

Aufwendungen für eine stationäre Behandlung im Hospiz sind erstattungsfähig in Höhe des Betrages, der für die Behandlung einer versicherten Person von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung werden angerechnet.

B. II. Höhe der Tarifleistungen

| Tarif | | S20 | S22 | S25 | S30 | S35 | S40 | S45 | S50 |
|---|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Die Erstattung für B.I.1., B.I.2., B.I.4., B.I.5. beträgt | % | 20 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| Die Erstattung für B.I.3. beträgt | EUR | 10,00 | 10,00 | 12,50 | 15,00 | 17,50 | 20,00 | 22,50 | 25,00 |

C. Zahnersatz und Zahnbehandlung

Tarife Z20, Z25, Z30, Z35, Z40, Z45, Z50

Versicherungsfähigkeit

Nach diesen Tarifen sind Personen versicherungsfähig, die im Krankheitsfall einen Anspruch auf Beihilfe im Sinne des Bundes, der Länder oder Gemeinden haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Diese Tarife können nur als Zusatztarife zu den Tarifen A20 – A50 abgeschlossen werden.

C. I. Erstattungsfähige Leistungen

Die Erstattungsprozentsätze für die Tarife Z20 – Z50 ergeben sich aus der Tabelle unter C.II.

Beträgt die Erstattungsleistung zusammen mit den Leistungen aus anderen Tarifen und der Leistung der Beihilfe mehr als 100 % des jeweiligen Rechnungsbetrages, kann die Leistung aus diesen Tarifen entsprechend gekürzt werden.

C. I. 1. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach den Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 4050, 4055 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
2. konservierende Leistungen (ausgenommen Kronen, Teilkronen und Inlays),
3. zahn- und kieferchirurgische Leistungen (auch Knochenaufbau zur Implantatversorgung),
4. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
5. Röntgenuntersuchungen,
6. professionelle Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr.

C. I. 2. Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen,
3. Einlagefüllungen (Inlays),
4. Eingliederung von Aufbisshilfen,
5. implantologische Leistungen,
6. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
7. kieferorthopädische Behandlungen.

C. I. 3. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten bei Zahnersatz und Inlays.

C. I. 4. Summenbegrenzung

Innerhalb der ersten drei Kalenderjahre seit Abschluss des Tarifs werden die unter C.I.2. und C.I.3. genannten Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **3.000,- EUR** berücksichtigt.

Die unter C.I.3. genannten Aufwendungen werden ab dem vierten Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von **10.000,- EUR** je Kalenderjahr berücksichtigt.

Die Summenbegrenzungen gelten nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

C. II. Höhe der Tarifleistungen

| Tarif | | Z20 | Z25 | Z30 | Z35 | Z40 | Z45 | Z50 |
|-----------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Die Erstattung für C.I.1. beträgt | % | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Die Erstattung für C.I.2. beträgt | % | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| Die Erstattung für C.I.3. beträgt | % | 68 | 70 | 72 | 74 | 76 | 78 | 80 |

D. Beiträge

Die Beiträge für alle Tarife ergeben sich aus der Beitragsübersicht.