# Krankheitskosten-versicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

**Tarif MA**

*für ambulante Heilbehandlung*

**Tarif MS**

*für stationäre Heilbehandlung*

**Tarif MZ**

*für Zahnbehandlung und Zahnersatz*

*für beihilfeberechtigte*
*Ärzte und Zahnärzte*

*Stand 01.01.2024*
*(für vor dem 01.01.1993 Versicherte)*

Die nachstehenden **Tarife** sind als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 11).

Inhaltsübersicht Seite

**Versicherungsfähigkeit** ..... 2

**1. Leistungen**
**Tarif MA:** Ersatz von Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen ..... 2
1.2 Höhe der Leistungen ..... 3
**Tarif MS:** Ersatz von Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen ..... 3
1.2 Höhe der Leistungen ..... 4
**Tarif MZ:** Ersatz von Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen ..... 5
1.2 Höhe der Leistungen ..... 5

**2. Beiträge**
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge ..... 5
2.2 Aufnahmehöchstalter ..... 5
2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs ..... 6
2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung bzw. Fortfall des Kürzungsbetrages nach Ziffer 1.13 bzw. 1.14 des Tarifs MS..... 6
2.8 Optionsrechte (bei Tarif MS, Tarifstufe 3) ..... 6

**4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)**
4.1 Der Versicherungsschutz ..... 6
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers ..... 7
4.3 Ende der Versicherung..... 7

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

## Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind nach den Tarifen MA, MS und MZ beihilfeberechtigte Ärzte und Zahnärzte. Ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen (Ehegatte, Lebenspartner[1] und Kinder) können mitversichert werden.

## 1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

**Tarif MA:**
**Ersatz von Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung**

### 1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

### 1.11 Ambulante Heilbehandlung

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt - jedoch nicht bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
b) Arznei- und Verbandmittel;
c) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische und ergotherapeutische Behandlungen;
d) Hilfsmittel, und zwar
   - Bandagen;
   - Brillen und Kontaktlinsen, erstattungsfähig sind (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 312,00 EUR für eine Sehhilfe. Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50 %. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien;
   - Bruchbänder;
   - orthopädische Schuhe, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR pro Jahr;
   - Einlagen;
   - Gummistrümpfe;
   - Hörgeräte, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.040,00 EUR;
   - elektronische Kehlköpfe;
   - Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen;
   - Geh- und Stützapparate;
   - Kunstaugen;
   - Krankenfahrstühle, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.040,00 EUR;
   - lebenserhaltende Hilfsmittel;
e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
f) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.
   Erstattungsfähig sind außerdem Fahrten
   - bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie und
   - bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation).

* *Für psychotherapeutische Behandlungen werden Leistungen nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt hat.*

[1] Der verwendete Begriff "Lebenspartner" bezieht sich auf "Lebenspartner" gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung.

### 1.12 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Unter den Versicherungsschutz fallen

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlechterung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege). Dazu zählen insbesondere auch medizinisch diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege;
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer von bis zu vier Wochen, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.
- Leistungen der Unterstützungspflege.
  Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit verordnet werden, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

### 1.13 Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
- die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt und
- es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

Eine Kinderwunschbehandlung ist sehr kostenintensiv. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Klärung Ihrer Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen sowie für die dazugehörigen Maßnahmen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

1.14 **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**
Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime. 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 aufwendige Versorgung benötigt.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

1.15 **Digitale Gesundheitsanwendungen**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht. Diese sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Voraussetzung ist, dass die digitale Gesundheitsanwendung
- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder
- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.

Der Versicherer ersetzt nicht die Aufwendungen für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

## 1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Vorbemerkung**
Die Leistungshöhe wird durch die vereinbarte Leistungsstufe bestimmt.

1.22 **Leistungsstufen 10 - 50**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 50 ..... zu 50 %;
nach Leistungsstufe 45 ..... zu 45 %;
nach Leistungsstufe 40 ..... zu 40 %;
nach Leistungsstufe 35 ..... zu 35 %;
nach Leistungsstufe 30 ..... zu 30 %;
nach Leistungsstufe 25 ..... zu 25 %;
nach Leistungsstufe 20 ..... zu 20 %;
nach Leistungsstufe 10 ..... zu 10 %,

** *handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, dann*

*nach Leistungsstufe 50 ..... zu 40 %;*
*nach Leistungsstufe 45 ..... zu 36 %;*
*nach Leistungsstufe 40 ..... zu 32 %;*
*nach Leistungsstufe 35 ..... zu 28 %;*
*nach Leistungsstufe 30 ..... zu 24 %;*
*nach Leistungsstufe 25 ..... zu 20 %;*
*nach Leistungsstufe 20 ..... zu 16 %;*
*nach Leistungsstufe 10 ..... zu 8 %.*

**Tarif MS:**
**Ersatz von Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung**

## 1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 **Vorbemerkung**
Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung - jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Ferner fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für medizinisch notwendige Rücktransporte wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland und Überführungskosten (siehe Tarif MS, Tarifstufe 3).

Versicherungsschutz besteht auch für stationäre Hospizleistungen und Übergangspflege im Krankenhaus (siehe Tarif MS bzw. VS, Tarifstufe 3).

In welchem Umfang diese Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe.

1.12 **Tarifstufe 3**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:
a) allgemeine Krankenhausleistungen;
b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Darüber hinaus sind bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen für einen

a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden in entsprechender Höhe die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland übernommen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

Ferner fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Übergangspflege im Krankenhaus für einen Zeitraum von längstens 10 Tagen, je Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass die Übergangspflege im Krankenhaus:
- unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt,
- in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und
- keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.

** **Gilt** für Personen, die bereits vor dem 01.01.1993 versichert waren.*

*** **Gilt nicht** für Personen, die bereits vor dem 01.01.1993 versichert waren*

1.13 **Tarifstufe 2**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über den Rahmen der Tarifstufe 3 bzw. über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für:
a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer abzüglich eines Kürzungsbetrages von 14,50 EUR täglich (dieser Kürzungsbetrag wird nach Ziffer 1.232 in voller Höhe erstattet).
Bei Unterkunft im Einbettzimmer gelten - sofern der Zweibettzimmerzuschlag nicht nachgewiesen werden kann - 50 % des Einbettzimmerzuschlages als Zweibettzimmerzuschlag;
b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

1.14 **Tarifstufe 1**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über den Rahmen der Tarifstufe 3 bzw. über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für:
a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer in Höhe der Aufwendungen für den Zweibettzimmerzuschlag abzüglich eines Kürzungsbetrages von 14,50 EUR täglich (dieser Kürzungsbetrag und der Unterschiedsbetrag zwischen EinundZweibettzimmerzuschlag werden nach Ziffer 1.242 in voller Höhe erstattet). Sofern der Zweibettzimmerzuschlag nicht nachgewiesen werden kann, gelten 50 % des Einbettzimmerzuschlages als Zweibettzimmerzuschlag;
b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

## 1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Vorbemerkung**
Die Leistungshöhe wird durch die vereinbarte Tarifstufe und Leistungsstufe bestimmt.

1.22 **Tarifstufe 3**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 50 ..... zu 50 %;
nach Leistungsstufe 45 ..... zu 45 %;
nach Leistungsstufe 40 ..... zu 40 %;
nach Leistungsstufe 35 ..... zu 35 %;
nach Leistungsstufe 30 ..... zu 30 %;
nach Leistungsstufe 25 ..... zu 25 %;
nach Leistungsstufe 20 ..... zu 20 %;
nach Leistungsstufe 10 ..... zu 10 %.

1.23 **Tarifstufe 2**

1.231 **Leistungsstufen 10 - 50**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 50 ..... zu 50 %;
nach Leistungsstufe 45 ..... zu 45 %;
nach Leistungsstufe 40 ..... zu 40 %;
nach Leistungsstufe 35 ..... zu 35 %;
nach Leistungsstufe 30 ..... zu 30 %;
nach Leistungsstufe 25 ..... zu 25 %;
nach Leistungsstufe 20 ..... zu 20 %;
nach Leistungsstufe 10 ..... zu 10 %.

1.232 **Zusätzliche Leistungen**
Zusätzlich wird für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung unter Berücksichtigung von § 4 Abs. 4.1 der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11) ein Krankenhaustagegeld von 14,50 EUR gezahlt.

1.233 **Ausgleichszahlung**
Wird bei einer stationären Heilbehandlung die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dieses Krankenhaustagegeld beträgt an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 b)

nach Leistungsstufe 50..... 10,40 EUR;
nach Leistungsstufe 45..... 9,36 EUR;
nach Leistungsstufe 40..... 8,32 EUR;
nach Leistungsstufe 35..... 7,28 EUR;
nach Leistungsstufe 30..... 6,24 EUR;
nach Leistungsstufe 25..... 5,20 EUR;
nach Leistungsstufe 20..... 4,16 EUR;
nach Leistungsstufe 10..... 2,08 EUR.
Das gilt nicht für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus.

1.24 **Tarifstufe 1**

1.241 **Leistungsstufen 10 - 50**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.14 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 50..... zu 50 %;
nach Leistungsstufe 45..... zu 45 %;
nach Leistungsstufe 40..... zu 40 %;
nach Leistungsstufe 35..... zu 35 %;
nach Leistungsstufe 30..... zu 30 %;
nach Leistungsstufe 25..... zu 25 %;
nach Leistungsstufe 20..... zu 20 %;
nach Leistungsstufe 10..... zu 10 %.

1.242 **Zusätzliche Leistungen**
Zusätzlich wird für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung unter Berücksichtigung von § 4 Abs. 4.1 der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11) ein Krankenhaustagegeld von 14,50 EUR gezahlt. Außerdem wird der Differenzbetrag zwischen dem Ein- und Zweibettzimmerzuschlag in voller Höhe erstattet.

1.243 **Ausgleichszahlung**
Wird bei einer stationären Heilbehandlung die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dieses Krankenhaustagegeld beträgt an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.14 b)

nach Leistungsstufe 50..... 10,40 EUR;
nach Leistungsstufe 45..... 9,36 EUR;
nach Leistungsstufe 40..... 8,32 EUR;
nach Leistungsstufe 35..... 7,28 EUR;
nach Leistungsstufe 30..... 6,24 EUR;
nach Leistungsstufe 25..... 5,20 EUR;
nach Leistungsstufe 20..... 4,16 EUR;
nach Leistungsstufe 10..... 2,08 EUR.

Das gilt nicht für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus.

**Tarif MZ:**
**Ersatz von Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz**

**1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:
a) Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) sowie die in der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung genannten zahnprophylaktischen Leistungen;
b) Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;
c) Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.560,00 EUR überschreiten werden.

**1.2 Höhe der Leistungen**

1.21 **Vorbemerkung**
Die Leistungshöhe wird durch die vereinbarte Leistungsstufe bestimmt.

1.22 **Leistungsstufen 10 - 50**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 50 ..... zu 50 %;
nach Leistungsstufe 45 ..... zu 45 %;
nach Leistungsstufe 40 ..... zu 40 %;
nach Leistungsstufe 35 ..... zu 35 %;
nach Leistungsstufe 30 ..... zu 30 %;
nach Leistungsstufe 25 ..... zu 25 %;
nach Leistungsstufe 20 ..... zu 20 %;
nach Leistungsstufe 10 ..... zu 10 %.

** *Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung vor Behandlungsbeginn wird der 1.560,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffern 1.1 b) und 1.1 c) mit der Hälfte der vorstehenden Prozentsätze ersetzt.*

## 2. Beiträge

**2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge**
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

**2.2 Aufnahmehöchstalter**
Für die Tarife MA, MS und MZ gilt kein Aufnahmehöchstalter.

** ***Gilt nicht*** *für Personen, die bereits vor dem 01.01.1993 versichert waren.*

### 2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs

Wenn für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz entsprechend anpassen. Ist eine Anpassung innerhalb der Tarife MA, MS und MZ nicht möglich, so können andere für den Neuzugang geöffnete Tarife gewählt werden.

Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats (frühestens jedoch ab Beginn des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt) erfolgen soll. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gewährt. Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Fortfall des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

### 2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Kürzungsbetrages nach Ziffer 1.13 bzw. 1.14 des Tarifs MS

Der Kürzungsbetrag nach Ziffer 1.13 bzw. 1.14 des Tarifs MS entspricht dem in den Beihilfevorschriften des Bundes vorgesehenen nicht beihilfefähigen Anteil an den Kosten des Zweibettzimmerzuschlages; wenn dieser sich ändert oder entfällt, so wird der Versicherer seine Leistungen nach den Ziffern 1.13 a), 1.14 a), 1.232 und 1.242 des Tarifs MS entsprechend anpassen. Gleichzeitig wird er prüfen, inwieweit diese Anpassung Einfluss auf die Beiträge hat; soweit erforderlich, werden die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Dabei spiegelt das Ausmaß einer ggf. notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Anpassung des nicht beihilfefähigen Anteils an den Kosten des Zweibettzimmerzuschlages wider.

### 2.8 Optionsrechte (bei Tarif MS, Tarifstufe 3)

#### 2.82 Option auf Krankentagegeld nach beendetem Studium

Studenten und beihilfeberechtigte Personen haben das Recht, nach Beendigung des Studiums bzw. nach Fortfall des Beihilfeanspruchs und gleichzeitiger Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit oder einer Tätigkeit als Arbeitnehmer zusätzlich ein Krankentagegeld zu vereinbaren,

- für Selbstständige ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
- für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit

bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch 130 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer (aufgerundet auf den nächsthöheren durch fünf teilbaren Betrag).

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen, wenn die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird und zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.

Die Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt.

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.

#### 2.83 Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten

Der Versicherte hat das Recht, für die Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in Verbindung mit dem Tarif MS, Tarifstufe 3 den Tarif WS zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufenthalten, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung annehmen, wenn der Tarif WS vor Beginn des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes beantragt und abgeschlossen wird.

## 4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

### 4.1 Der Versicherungsschutz

#### 4.11 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung AG bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die

allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus.
Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung der Tarif WS für die Dauer des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes vereinbart wird.

b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt.

4.12 **Zu § 2 MB/KK 09: Beginn des Versicherungsschutzes**

Nach Ablauf eines Jahres - von dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten oder erweiterten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern.
§ 2 (1) Satz 3 MB/KK 09 bleibt unberührt.

4.14 **Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes**

Bei einer Erhöhung des Krankheitskosten-Versicherungsschutzes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten für den höheren Versicherungsschutz angerechnet, jedoch nicht auf die Wartezeiten für Entbindung, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung.

4.15 **Zu § 3 (3) MB/KK 09: Besondere Wartezeit**

Für Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung beträgt die besondere Wartezeit sechs Monate.

**4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers**

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages**

§ 8 (1.1) TB/KK 11 lautet für diesen Tarif wie folgt:
Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder (0 – 14 bzw. 15 – 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 – 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

4.24 **Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

**4.3 Ende der Versicherung**

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**

a) Das Versicherungsverhältnis endet - auch hinsichtlich der mitversicherten Personen - mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit fortfallen.
Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Fortfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten schriftlich anzuzeigen.
Der Versicherungsnehmer kann dann entsprechend den Regelungen von Ziffer 2.5 die Weiterversicherung in einem anderen für den Neuzugang geöffneten Tarif des Versicherers verlangen.

b) Der Tarif MZ kann nur in Verbindung mit einem Tarif des Versicherers für ambulante Heilbehandlung vereinbart werden; das Versicherungsverhältnis endet daher hinsichtlich des Tarifs MZ mit der Beendigung der Versicherung nach dem Tarif für ambulante Heilbehandlung.

**Tarifbezeichnung im Versicherungsschein**

Im Versicherungsschein wird hinter den Tarifbezeichnungen **MA** und **MZ** die vereinbarte Leistungsstufe vermerkt.

Beispiel: MA 40 = Tarif MA, Leistungsstufe 40

Die Tarifbezeichnung **MS** wird durch die vereinbarte Tarif- und Leistungsstufe ergänzt.

Beispiel: MS 130 = Tarif MS, Tarifstufe 1, Leistungsstufe 30