

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif VA	Inhaltsübersicht	Seite
<i>für ambulante Heilbehandlung</i>	Vorbemerkung	2
Tarif VS	1. Leistungen	
<i>für stationäre Heilbehandlung</i>	Tarif VA: Ersatz von Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung	
Tarif VD	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
<i>für Zahnbehandlung und Zahnersatz</i>	1.2 Höhe der Leistungen	2
<i>Stand 01.01.2023</i>	Tarif VS: Ersatz von Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	3
	1.2 Höhe der Leistungen	3
	Tarif VD: Ersatz von Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	4
	1.2 Höhe der Leistungen	4
	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	4
	2.2 Aufnahmehöchstalter	4
	2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs	4
	2.8 Optionsrechte (bei Tarif VS, Tarifstufe 3)	5
	4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
	4.1 Der Versicherungsschutz	5
	4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	5
	4.3 Ende der Versicherung	5

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.

1. Leistungen

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

Tarif VA:

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 416,00 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).

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. Für beihilfeberechtigte Beamte können grundsätzlich nur die Leistungsstufen 20 bis 50 vereinbart werden. Höhere Leistungsstufen können jedoch abgeschlossen werden, wenn ein entsprechend niedrigerer Beihilfeanspruch besteht.

1.22 Leistungsstufen 01-05

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden voll ersetzt, soweit sie je versicherte Person im Kalenderjahr den vereinbarten Selbstbehalt übersteigen. Handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen vorab (d. h. vor Anwendung des Selbstbehaltes) um 20 % auf 80 % reduziert.

Der Jahres selbstbehalt beträgt:
nach Leistungsstufe 01 360,00 EUR,
nach Leistungsstufe 02 720,00 EUR,
nach Leistungsstufe 03 1.080,00 EUR,
nach Leistungsstufe 04 1.440,00 EUR,
nach Leistungsstufe 05 1.800,00 EUR.

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

1.23 Leistungsstufen 70, 80 und 100

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden je versicherte Person wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 100 zu 100 %;

nach Leistungsstufe 80 zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.000,00 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100 %;

nach Leistungsstufe 70 zu 70 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.000,00 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100 %.

Handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 20 % auf 80 % reduziert.

1.24 Leistungsstufen 20-60

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 60 zu 60 %;
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 %;

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

nach Leistungsstufe 60 zu 48 %;
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 %;

Tarif VS:

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 VS, Tarifstufe 3).

Versicherungsschutz besteht auch für stationäre Hospizleistungen und Übergangspflege im Krankenhaus (siehe Tarif 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 nächstgelegenes geeignetes 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.

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.

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

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 (bei Unterkunft im Einbettzimmer die Aufwendungen, die im Zweibettzimmer entstanden wären);
- 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;
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Vorbemerkung

Die Leistungshöhe wird durch die vereinbarte Tarifstufe und Leistungsstufe bestimmt. Für beihilfeberechtigte Beamte können grundsätzlich nur die Leistungsstufen 20 bis 50 vereinbart werden. Höhere Leistungsstufen können jedoch abgeschlossen werden, wenn ein entsprechend niedrigerer Beihilfeanspruch besteht.

1.22 Tarifstufe 3

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 00	zu 100 %;
nach Leistungsstufe 80	zu 80 %;
nach Leistungsstufe 70	zu 70 %;
nach Leistungsstufe 60	zu 60 %;
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 %.

1.23 Tarifstufe 2

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 00	zu 100 %;
nach Leistungsstufe 01	zu 100 %, soweit sie je versicherte Person den vereinbarten Selbstbehalt übersteigen;

nach Leistungsstufe 80	zu 80 %;
nach Leistungsstufe 70	zu 70 %;
nach Leistungsstufe 60	zu 60 %;
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 %.

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Nach den Leistungsstufen 00 und 01 beträgt das Krankenhaustagegeld

- 15,60 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 a);
- 13,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 b).

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

Nach den Leistungsstufen 20 bis 80 beträgt das Krankenhaustagegeld entsprechend dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz 20 % bis 80 % der vorstehenden Beträge.

Bei der Leistungsstufe 01 wird von den tariflichen Leistungen ein Selbstbehalt von 15,00 EUR je Tag der stationären Heilbehandlung abgezogen. Der Selbstbehalt ist je Kalenderjahr auf die ersten 25 Tage einer stationären Heilbehandlung begrenzt. Dabei wird für einen über das Jahresende hinausgehenden Krankenhausaufenthalt der Selbstbehalt nur einmal für 25 Tage berechnet.

1.24 Tarifstufe 1

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.14 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 00	zu 100 %;
nach Leistungsstufe 01	zu 100 %, soweit sie je versicherte Person den vereinbarten Selbstbehalt übersteigen;
nach Leistungsstufe 80	zu 80 %;
nach Leistungsstufe 70	zu 70 %;
nach Leistungsstufe 60	zu 60 %;
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 %.

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Nach den Leistungsstufen 00 und 01 beträgt das Krankenhaustagegeld

- (1) 26,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.14 a) oder
- (2) 10,40 EUR neben der Erstattung der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer;
- 13,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.14 b).

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

Nach den Leistungsstufen 20 bis 80 beträgt das Krankenhaustagegeld entsprechend dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz 20 % bis 80 % der vorstehenden Beträge.

Bei der Leistungsstufe 01 wird von den tariflichen Leistungen ein Selbstbehalt von 25,00 EUR je Tag der stationären Heilbehandlung abgezogen. Der Selbstbehalt ist je Kalenderjahr auf die ersten 25 Tage einer stationären Heilbehandlung begrenzt.

Dabei wird für einen über das Jahresende hinausgehenden Krankenhausaufenthalt der Selbstbehalt nur einmal für 25 Tage berechnet.

Tarif VD:

Ersatz von Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

- Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) sowie die in der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung genannten zahnprophylaktischen Leistungen;
- Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stifzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;
- 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. Für beihilfeberechtigte Beamte können grundsätzlich nur die Leistungsstufen 20 bis 50 vereinbart werden. Höhere Leistungsstufen können jedoch abgeschlossen werden, wenn ein entsprechend niedrigerer Beihilfeanspruch besteht.

1.22 Aufwendungen für Zahnbehandlung

1.221 Leistungsstufe 100

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 a) werden zu 100 % ersetzt.

1.222 Leistungsstufen 20-80

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 a) werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 80	zu 80 %;
nach Leistungsstufe 70	zu 70 %;
nach Leistungsstufe 60	zu 60 %;
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 %.

1.23 Aufwendungen für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

1.231 Leistungsstufe 100

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 b) und c) werden bis zu einem Betrag im Kalenderjahr von insgesamt 5.200,00 EUR je versicherte Person zu 75 % ersetzt.

Die im Kalenderjahr über 5.200,00 EUR je versicherte Person hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 50 % ersetzt. Die Verminderung des Erstattungsprozentsatzes auf 50 % gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich unmittelbar auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.560,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

1.232 Leistungsstufen 20-80

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 b) und c) werden bis zu einem Betrag im Kalenderjahr von insgesamt 5.200,00 EUR je versicherte Person wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 80	zu 80 %;
nach Leistungsstufe 70	zu 70 %;
nach Leistungsstufe 60	zu 60 %;
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 %.

Die im Kalenderjahr über 5.200,00 EUR je versicherte Person hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit der Hälfte der vorstehenden Prozentsätze ersetzt. Die Verminderung der Erstattungsprozentsätze auf die Hälfte der vorstehenden Prozentsätze gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich unmittelbar auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.560,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

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 VA, VS und VD gilt kein Aufnahmehöchstalter.

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 eine dementsprechende höhere (jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist) oder niedrigere Leistungsstufe der Tarife VA, VS und VD wählen. Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach An-

derung 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.

2.8 Optionsrechte (bei Tarif VS, 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 VS, 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:

- Für die versicherte Person besteht bei der Barmeria 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.
- 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 nach dem Tarif VD

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

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter den Tarifbezeichnungen VA und VD die vereinbarte Leistungsstufe vermerkt.

Beispiel: VA 03 = Tarif VA, Leistungsstufe 03

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

Beispiel: VS 200 = Tarif VS, Tarifstufe 2, Leistungsstufe 00