Krankheitskosten-versicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif VHV

für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz

Tarif VHZ

für stationäre Heilbehandlung für Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Tarife für Medizinstudenten im praktischen Jahr und Ärzte

Stand 01.01.2025

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 VHV: Ersatz von Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz	
1.1	Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2	Höhe der Leistungen	3
	Tarif VHZ: Ersatz von Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung	
1.1	Erstattungsfähige Aufwendungen	3
1.2	Höhe der Leistungen	3
2.	**Beiträge**	
2.1	Monatliche Raten der Tarifbeiträge	4
2.2	Aufnahmehöchstalter	4
2.5	Anpassung des Versicherungsschutzes bei Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht	4
2.8	Optionsrechte (bei Tarif VHV)	4
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.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind nach den Tarifen VHV und VHZ Medizinstudenten im praktischen Jahr und Ärzte. Ehegatten bzw. Lebenspartner[1] und unterhaltsberechtigte Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr können mitversichert werden.

1. Leistungen

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

Tarif VHV:
Ersatz von Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Ambulante Heilbehandlung

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
b) Arznei- und Verbandmittel;
c) Heilmittel, und zwar medizinische 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).

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung sind nach Ziffer 1.13 erstattungsfähig.

1.12 Stationäre Heilbehandlung

1.121 Vorbemerkung

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus. In welchem Umfang diese Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe.

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung sind nach Ziffer 1.13 erstattungsfähig.

1.122 Tarifstufe 1

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) allgemeine Krankenhausleistungen;
b) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer;
d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.123 Tarifstufe 2

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) allgemeine Krankenhausleistungen;
b) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (Bei Unterkunft im Einbettzimmer sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, sind 50 % der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein-, bettzimmer erstattungsfähig.);
d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.124 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.

1.13 Zahnbehandlung und Zahnersatz

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.

1.14 Rücktransportkosten und Überführungskosten

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 fallen unter den Versicherungsschutz 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.

1.15 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.

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

- 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.

1.16 **Kinderwunschbehandlung und Krykonservierung**

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).

1.17 **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.

1.18 **Stationäre Hospizleistung**

Unter den Versicherungsschutz fallen die 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.

1.19 **Übergangspflege im Krankenhaus**

Erstattungsfähig sind 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.

1.20 **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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 zu 100 %;
   handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, dann ..... zu 80 %;
b) für stationäre Heilbehandlung entsprechend der vereinbarten Tarifstufe gemäß Ziffern 1.122, 1.123 bzw. 1.124 ..... zu 100 %.

   Ist Tarifstufe 1 bzw. 2 vereinbart und wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Ein- bzw. Zweibettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es beträgt
   nach Tarifstufe 1
   (1) 26,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.122 c) oder
   (2) 10,40 EUR neben der Erstattung der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
   (3) 13,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.122 d);
   nach Tarifstufe 2
(1) 15,60 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.123 c),
(2) 13,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.123 d)

   Das gilt nicht für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus;
c) für Zahnbehandlung sowie zahnprophylaktische Leistungen gemäß Ziffer 1.13 a) ..... zu 100 %;
d) für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung gemäß Ziffer 1.13 b) und c) ..... zu 75 %.

   Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.560,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 37,5 % ersetzt;
e) für Rücktransportkosten und Überführungskosten gemäß Ziffer 1.14 ..... zu 100 %,
f) für häusliche Krankenpflege, Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stationäre Hospizleistung, Übergangspflege im Krankenhaus und digitale Gesundheitsanwendungen Ziffern 1.15 bis 1.20 ..... zu 100 %.

Nach Leistungsstufe A
werden die tariflichen Leistungen ohne Selbstbehalt erbracht.

Nach den Leistungsstufen C, D und E
wird von den tariflichen Leistungen ein Jahresselbstbehalt abgezogen. Er beträgt je versicherte Person im Kalenderjahr

Jahresselbstbehalt EUR			
	Tarifstufe 1		
	Männer	Frauen	Kinder/Jgdl.*
Leistungsstufe A	0	0	0
Leistungsstufe C	360	360	360
Leistungsstufe D	720	720	720
Leistungsstufe E	1.440	1.440	1.440

Jahresselbstbehalt EUR			
	Tarifstufe 2		
	Männer	Frauen	Kinder/Jgdl.*
Leistungs-stufe A	0	0	0
Leistungs-stufe C	360	360	360
Leistungs-stufe D	720	720	720
Leistungs-stufe E	1.440	1.440	1.440

Jahresselbstbehalt EUR			
	Tarifstufe 3		
	Männer	Frauen	Kinder/Jgdl.*
Leistungs-stufe A	0	0	0
Leistungs-stufe C	360	360	360
Leistungs-stufe D	720	720	720
Leistungs-stufe E	1.440	1.440	1.440

* Der Jahresselbstbehalt für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31.12. des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

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

Tarif VHZ:
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 sowie für Behandlung. In welchem Umfang diese Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe.

Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

1.12 **Tarifstufe 1**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für:
a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer;
b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

1.13 **Tarifstufe 2**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für:
a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (Bei Unterkunft im Einbettzimmer sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, sind 50 % der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer erstattungsfähig.);
b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Tarifstufe 1**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 werden zu 100 % ersetzt.

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
Es beträgt
a) (1) 26,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 a)
oder
(2) 10,40 EUR neben der Erstattung der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer;
b) 13,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 b).

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

1.22 **Tarifstufe 2**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 werden zu 100 % ersetzt.

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
Es beträgt
a) 15,60 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 a);
b) 13,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 b).

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

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 VHV und VHZ gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht
Der Versicherungsnehmer hat das Recht - bis zum Ablauf des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird -, bei Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung die bestehende Ergänzungsversicherung nach dem Tarif VHZ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung, die für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind, umzustellen. Will der Versicherungsnehmer von diesem Recht Gebrauch machen, so muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die Frist verlängert sich auf sechs Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstellung für alle betroffenen versicherten Personen beantragt wird und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss an das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung beginnen soll.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

Das Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Das Umstellungsrecht auf die Krankheitskosten-Vollversicherung gilt maximal für folgenden Leistungsumfang:

- Ambulante Heilbehandlung;
- stationäre Heilbehandlung, abgestellt auf die bisherige Tarifstufe (Ein- oder Zweibettzimmer-Versicherungsschutz);
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Zusätzlich können noch ein Tarif für Genesungskuren und sonstige Kuren sowie ein Krankentagegeldtarif mit einem Leistungsbeginn ab 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit beantragt werden. Die Annahme dieser Tarife kann von besonderen Vereinbarungen abhängig gemacht werden.

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

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

2.8 Optionsrechte (bei Tarif VHV)

2.82 **Option auf Krankentagegeld nach beendetem Studium**
Studenten haben das Recht, nach Beendigung des Studiums 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 VHV 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 Aufenthalts 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 Auslandsaufenthalts vereinbart wird.
b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthalts 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 Auslandsreisekrankenversicherung 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: Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses**

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.

Eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses kann für die betroffenen versicherten Personen zu neuen Bedingungen und anderen Tarifen in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes verlangt werden. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gestellt werden. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet, eine Gesundheitsprüfung erfolgt nicht.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung **VHV** die vereinbarte Tarifstufe 1, 2 oder 3 sowie die vereinbarte Leistungsstufe A, C, D oder E vermerkt.

Beispiel: VHV 2 A = Tarif VHV, Tarifstufe 2, Leistungsstufe A

Die Tarifbezeichnung **VHZ** wird durch die vereinbarte Tarifstufe ergänzt.

Beispiel: VHZ 2 = Tarif VHZ, Tarifstufe 2