

Krankheitskosten- versicherung



Barmenia
Krankenversicherung AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif KK

für ambulante und stationäre Heilbehandlung

Tarif KU

für Genesungskuren und sonstige Kuren

Tarif KD

für Zahnbehandlung und Zahnersatz

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

1. Leistungen

Tarif KK: Ersatz von Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	4

Tarif KU: Ersatz von Aufwendungen für Genesungskuren und sonstige Kuren

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	4
1.2 Höhe der Leistungen	5

Tarif KD: 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 Festsetzung des Beitrages	5
2.3 Verzicht auf Risikozuschläge	5
2.8 Optionsrecht	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	6

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 KK: Ersatz von Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1.1 Ambulante Heilbehandlung

Bei einer ambulanten Heilbehandlung oder Vorsorgeuntersuchung (außer Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung) sowie Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- b) Arzneien und Verbandmittel;
- c) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische 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).

Diese Aufwendungen werden nach den Bestimmungen unter Ziffer 1.2 ersetzt.

1.1.2 Stationäre Heilbehandlung

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die

Aufwendungen für:

- a) Unterkunft und Verpflegung;
- b) Visiten und Verrichtungen;
- c) Operationen, Operationsnebenkosten und Einsatz besonderer Geräte (z. B. Herz-Lungen-Maschine);
- d) Arzneien und Verbandmittel;
- e) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- f) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- g) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

In welchem Umfang die Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifklasse.

Erstattungsfähig sind

nach **Tarifklasse 1** die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
- b) freiberufliche Hebamme;
- c) gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer;
- d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus;

nach **Tarifklasse 2** die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
- b) freiberufliche Hebamme;
- c) gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer (bei Unterkunft im Einbettzimmer die Aufwendungen, die bei einer Unterkunft im Zweibettzimmer entstanden wären);
- d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus;

nach **Tarifklasse 3** die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
- b) freiberufliche Hebamme;
- c) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
- d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach den Bestimmungen unter Ziffer 1.2 ersetzt.

1.1.3 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 nächstgelegenes geeignetes 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 Per-

son 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.

1.14 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.

1.15 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).

1.16 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.

1.17 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.

1.18 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.

1.19 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 Leistungsstaffel A bestimmt.

Für Heilbehandlungen, Rücktransportkosten und Überführungskosten sowie häusliche Krankenpflege, Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stationäre Hospizleistung, Übergangspflege im Krankenhaus und digitale Gesundheitsanwendungen innerhalb eines Kalenderjahres werden die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 je versicherte Person zu folgenden Teilen ersetzt.

1.22 Staffel A

Für Männer:

Der Teil der Aufwendungen, der

___ unter 550,01 EUR liegt, wird nicht ersetzt (höchster Selbstbehalt 550,00 EUR);

___ über 550,00 EUR und unter 1.100,01 EUR liegt, wird zu 80 % ersetzt (höchster Selbstbehalt 660,00 EUR);

___ über 1.100,00 EUR liegt, wird zu 100 % ersetzt (höchster Selbstbehalt 660,00 EUR).

Für Frauen:

Der Teil der Aufwendungen,

der ___ unter 550,01 EUR liegt, wird nicht ersetzt (höchster Selbstbehalt 550,00 EUR);

___ über 550,00 EUR und unter 1.100,01 EUR liegt, wird zu 80 % ersetzt (höchster Selbstbehalt 660,00 EUR);

___ über 1.100,00 EUR liegt, wird zu 100 % ersetzt (höchster Selbstbehalt 660,00 EUR).

Für Kinder und Jugendliche*:

Der Teil der Aufwendungen,

der ___ unter 550,01 EUR liegt, wird nicht ersetzt (höchster Selbstbehalt 550,00 EUR);

___ über 550,00 EUR und unter 1.100,01 EUR liegt, wird zu 80 % ersetzt (höchster Selbstbehalt 660,00 EUR);

___ über 1.100,00 EUR liegt, wird zu 100 % ersetzt (höchster Selbstbehalt 660,00 EUR)

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

Tarif KU: Ersatz von Aufwendungen für Genesungskuren und sonstige Kuren

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Genesungskur

Bei einer Genesungskur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- Unterkunft und Verpflegung;
- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- Arzneien und Verbandmittel;
- Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Ein Kuraufenthalt gilt als Genesungskur im Sinne dieser Bedingungen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es muss eine mindestens dreiwöchige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen sein.
- Der Kuraufenthalt muss spätestens vier Wochen nach Abschluß der stationären Krankenhausbehandlung beginnen.
- Die medizinische Notwendigkeit für eine Kurbehandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit muss durch ein Gutachten des behandelnden Krankenhausarztes vor Beginn des Kuraufenthalts nachgewiesen werden; die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.

1.12 Sonstige Kur

Bei einer sonstigen Kur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium), die unter ständiger

ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- b) Arzneien und Verbandmittel;
- c) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Ein Kuraufenthalt gilt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen, wenn die Voraussetzungen für eine Genesungskur (vgl. Ziffer 1.11) nicht erfüllt sind.

Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Gutachten vor Beginn des Kuraufenthalts nachzuweisen; die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Vorbemerkung

Die Leistungshöhe wird durch die Grundstufe und die Anzahl der vereinbarten Aufbaustufen bestimmt.

	Grundstufe	Aufbaustufe
1.22 Genesungskur		
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.11 werden je Tag bis zu	15,60 EUR	5,20 EUR
ersetzt; je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen.		

	Grundstufe	Aufbaustufe
1.23 Sonstige Kur		
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 werden je Kur bis zu	78,00 EUR	26,00 EUR
ersetzt. Die Leistungen für eine sonstige Kur werden höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren gezahlt.		

Tarif KD: Ersatz von Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

- a) Zahnbehandlung (einschließlich Röntgenaufnahmen) sowie die in der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung genannten zahnprophylaktischen Leistungen;
- b) Zahnersatz (einschließlich Reparaturen);
- c) Zahn- und Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlung).

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Vorbemerkung

Die Leistungshöhe wird durch die Grundstufe und die Anzahl der vereinbarten Aufbaustufen bestimmt.

1.22 Zahnbehandlung und -ersatz

Für Zahnbehandlung, zahnprophylaktische Leistungen und Zahnersatz innerhalb eines Kalenderjahres werden 80 % der Aufwendungen bis zu 78,00 EUR 26,00 EUR ersetzt.

1.23 Zahn- und Kieferregulierung

Für Zahn- und Kieferregulierungen wird im Rahmen des Jahreshöchstsatzes nach Ziffer 1.22 ein Zuschuss in Höhe von 50 % der Aufwendungen gezahlt.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Festsetzung des Beitrages

Für die Tarife KK, KU und KD gilt kein Aufnahmehöchstalter.

Für allein versicherte Kinder ist der niedrigste Männer- bzw. Frauenbeitrag zu zahlen.

2.3 Verzicht auf Risikozuschläge

Alle im Antrag angegebenen Krankheiten, Unfallfolgen, Anomalien und körperlichen Fehler sind ohne Risikozuschlag in den Versicherungsschutz eingeschlossen. Ausgenommen sind anerkannte Kriegsdienst- und Wehrdienstbeschädigungen (vgl. § 5 (1a) MB/KK 09).

2.8 Optionsrecht

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 KK den Tarif WS zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufenthalten, die zum Zweck 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 Ver-

sicherungsschutz, 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.

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.

4.19 **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**

Bei stationärer Heilbehandlung ist die aufgesuchte Krankenhausklasse nachzuweisen.

4.2 **Pflichten des Versicherungsnehmers**

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.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung **KK** die vereinbarte Leistungsstaffel A sowie die vereinbarte Tarifklasse 1, 2 oder 3 vermerkt.

Beispiel: KKA 2 = Tarif KK, Leistungsstaffel A, Tarifklasse 2

Die Tarifbezeichnungen KU und KD werden durch die Anzahl der vereinbarten Aufbaustufen ergänzt. Die Grundstufe wird dabei durch die Zahl 100 gekennzeichnet.

Beispiel: KU 105 = Tarif KU, Grundstufe und 5 Aufbaustufen