Krankheitskosten-versicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif VE

Ergänzungstarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz

für Beihilfeberechtigte

Stand 01.01.2023

Der **Tarif VE** ist 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**

	Vorbemerkung	2
1.	**Leistungen**	
1.1	Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2	Höhe der Leistungen	3
2.	**Beiträge**	
2.1	Monatliche Raten der Tarifbeiträge	3
2.2	Aufnahmehöchstalter	3
2.5	Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes	3
4.	**Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)**	
4.1	Der Versicherungsschutz	3
4.2	Pflichten des Versicherungsnehmers	3
4.3	Ende der Versicherung	4

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.

Vorbemerkung

Der Tarif VE kann nur in Verbindung mit
- dem Tarif VB oder
- den Tarifen VA, VS (mindestens Tarifstufe 3) und VD oder
- den Tarifen MA, MS (mindestens Tarifstufe 3) und MZ

des Versicherers vereinbart werden. Dabei ist Voraussetzung, dass für die einzelne zu versichernde Person
- die Erstattungsprozentsätze des Tarifs VB bzw. VA bzw. MA und der Beihilfebemessungssatz zusammengerechnet 100 % betragen;
- die Leistungsstufe des Tarifs VE dem Beihilfebemessungssatz entspricht.

Für beihilfeberechtigte Angestellte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen ist weitere Voraussetzung, dass sie keinen Arbeitgeber-Beitragszuschuss nach § 257 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) erhalten.

1. Leistungen

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

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) Heilmittel, und zwar medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische und ergotherapeutische Behandlungen;
c) 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.

   Bezüglich der erstattungsfähigen Höchstbeträge wird auf Ziffer 1.21 verwiesen;
d) 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 Stationäre Heilbehandlung

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

a) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes (wenn die Tarifstufe 3 des Tarifs VB bzw. VS bzw. MS vereinbart ist);
b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen (wenn die Tarifstufe 1 oder 2 des Tarifs VB bzw. VS bzw. MS vereinbart ist), die über die Schwellenwerte der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen[1)] hinausgehen;
c) 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 Ambulanz-flügen 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 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%.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Arzneimittel im Rahmen der Kinderwunschbehandlung.

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 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 Psy-

[1)] Das ist derzeit der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz.

chotherapeuten 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.

Die Leistungen aus dem Tarif VE dürfen zusammen mit den aus demselben Anlass gezahlten Leistungen aus der Beihilfe, aus Krankenversicherungen und auf Grund von Rechtsvorschriften bei Brillen und Kontaktlinsen, orthopädischen Schuhen, Hörgeräten und Krankenfahrstühlen die in Ziffer 1.11 c) genannten Höchstbeträge, bei den übrigen Leistungen die dem Grund nach erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.
Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldleistungen bleiben hierbei unberücksichtigt.

1.22 **Leistungsstufen 90 bis 30**
Der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist, wird wie folgt ersetzt:

- für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11, für stationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.12, für Rücktransportkosten und Überführungskosten gemäß Ziffer 1.14, für Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung gemäß Ziffer 1.15, für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Ziffer 1.16:
  nach Leistungsstufe 90.....zu 90 %;
  nach Leistungsstufe 80.....zu 80 %;
  nach Leistungsstufe 75.....zu 75 %;
  nach Leistungsstufe 70.....zu 70 %;
  nach Leistungsstufe 65.....zu 65 %;
  nach Leistungsstufe 60.....zu 60 %;
  nach Leistungsstufe 55.....zu 55 %;
  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 %,

  handelt es sich jedoch im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, dann
  nach Leistungsstufe 90.....zu 72 %;
  nach Leistungsstufe 80.....zu 64 %;
  nach Leistungsstufe 75.....zu 60 %;
  nach Leistungsstufe 70.....zu 56 %;
  nach Leistungsstufe 65.....zu 52 %;
  nach Leistungsstufe 60.....zu 48 %;
  nach Leistungsstufe 55.....zu 44 %;
  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 %;
- für Zahnbehandlung, zahnprophylaktische Leistungen, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung gemäß Ziffer 1.13:
  nach Leistungsstufe 90 zu 72 %;
  nach Leistungsstufe 80 .....zu 64 %;
  nach Leistungsstufe 75 .....zu 60 %;
  nach Leistungsstufe 70 .....zu 56 %;
  nach Leistungsstufe 65 .....zu 52 %;
  nach Leistungsstufe 60 .....zu 48 %;
  nach Leistungsstufe 55 .....zu 44 %;
  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 %.

  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 1.13 b) und 1.13 c) mit der Hälfte der vorstehenden Prozentsätze ersetzt.

In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbehalte auf beihilfefähige Aufwendungen sind nicht erstattungsfähig.

2. Beiträge

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

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes
Wenn sich für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfebemessungssatz ändert und deshalb der Versicherungsschutz nach Tarif VB bzw. nach den Tarifen VA, VS und VD bzw. MA, MS und MZ angepasst wird, muss zum gleichen Zeitpunkt für alle betroffenen versicherten Personen auch der Versicherungsschutz nach Tarif VE soweit angepasst werden, dass die Leistungsstufe des Tarifs VE dem neuen geltenden Beihilfebemessungssatz entspricht.

Die geänderten Leistungen werden dann ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gewährt. Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

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 an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des 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.

4.19 **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Anhand des Festsetzungsbescheides ist der beihilfefähige Betrag und der Beihilfebemessungssatz pro Rechnung nachzuweisen.

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 Aus-

landsreise-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) Die Versicherung nach dem Tarif VE endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe.
b) Außerdem endet das Versicherungsverhältnis
   - mit der Beendigung der Versicherung nach dem Tarif VB bzw. nach mindestens einem der Tarife VA, VS (Tarifstufe 3) oder VD bzw. MA, MS (Tarifstufe 3) oder MZ;
   - für beihilfeberechtigte Angestellte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, sobald sie einen Arbeitgeber-Beitragszuschuss nach § 257 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) erhalten.
c) Darüber hinaus endet das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif VE für die betroffene versicherte Person, wenn
   - sie eine Beschäftigung außerhalb des öffentlichen Dienstes aufnimmt (es sei denn, diese Beschäftigung ist geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV);
   - sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird;
   - bei ihr als berücksichtigungsfähigem Ehegatten die Beihilfe für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung auf Grund einer Einkommensgrenze entfällt oder eingeschränkt wird.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung **VE** die vereinbarte Tarif- und Leistungsstufe vermerkt.

Beispiel: VE 50 = Tarif VE, Leistungsstufe 50.