Krankheitskosten-versicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

Nachfolgende Kurzübersicht gibt einen **groben Überblick** über den Versicherungsschutz des Tarifs easyflex dent. Die erstattungsfähigen Aufwendungen und die Höhe der Leistungen **im Detail** ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ambulante Heilbehandlung
- 100 % Hausarzt*
- 100 % Gezielte Vorsorgeuntersuchungen (Hausarzt)*
- 100 % Arzneien, sofern es sich um Generika handelt (ansonsten 75 %)*

* *Bei direkt aufgesuchtem Facharzt bzw. Verordnung direkt durch Facharzt: jeweils 75 % davon*

- 100 % Hebammenleistungen
- 75 % Heil- und Hilfsmittel
- 100 % Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung
- 100 % Häusliche Krankenpflege
- 100 % Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Stationäre Heilbehandlung
- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnprophylaxe
- 85 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Genesungs- und sonstige Kuren
- 100 % Kurbehandlung
- 75 EUR Genesungsgeld (bei Genesungskur)

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Stationäre Hospizleistungen

Übergangspflege im Krankenhaus

Digitale Gesundheitsanwendungen

Beitragsbefreiung bei Pflegegrad 4 oder 5

Tarif easyflex dent

Hausarzttarif mit Grundschutzleistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, umfassenden Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Leistungen für Genesungskuren und sonstige Kuren

Stand 01.01.2026

Der **Tarif** 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).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein
Im Versicherungsschein wird der Tarif easyflex dent mit der Tarifbezeichnung DENT ausgewiesen. Dahinter erfolgt ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe (= Höhe des Selbstbehaltes pro Kalenderjahr):

Leistungsstufe 1: Selbstbehalt (SB) = 220 EUR
Leistungsstufe 2: Selbstbehalt (SB) = 830 EUR

z. B. **DENT1**: Tarif easyflex dent,
Leistungsstufe 1 (= 220 EUR SB)

Inhaltsübersicht Seite

1. Leistungen
1.1 Ambulante Heilbehandlung 2
1.2 Stationäre Heilbehandlung 4
1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz 4
1.4 Rücktransportkosten und Überführungskosten 5
1.5 Genesungskuren und sonstige Kuren 5
1.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 5
1.7 Stationäre Hospizleistungen 6
1.8 Übergangspflege im Krankenhaus 6
1.9 Digitale Gesundheitsanwendungen 7
1.10 Selbstbehalte 7
1.11 Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 7

2. Beiträge
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge 7
2.2 Aufnahmehöchstalter 7
2.3 Optionsrechte 7

3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung 8

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)
4.1 Der Versicherungsschutz 8
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers 8

1. Leistungen

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

1.1 Ambulante Heilbehandlung

a) **Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte**
Im Tarif easyflex dent steht für die ambulante Heilbehandlung durch Ärzte das so genannte Hausarztmodell im Vordergrund. Das bedeutet, dass sich bei bestimmten Leistungen die Höhe des Versicherungsschutzes danach richtet, ob für die ambulante Heilbehandlung zuerst der Hausarzt aufgesucht wird.

Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif dem Versicherer namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin, ein praktischer Arzt oder ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung[1] gewählt werden.

Der Behandlung durch einen Hausarzt ist gleichgesetzt die Behandlung, die durchgeführt wird durch einen
- Augenarzt,
- Gynäkologen,
- Kinderarzt,
- Notarzt oder Bereitschaftsarzt, sofern aus der Rechnung ersichtlich ist, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte;
- anderen Arzt als oben genannt, sofern der Hausarzt an diesen zur Weiterbehandlung überwiesen und die Notwendigkeit der Weiterbehandlung schriftlich bestätigt hat. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

Wird direkt ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Hausarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.

Bei einer ambulanten Heilbehandlung im Ausland gilt ein reduzierter Erstattungsprozentsatz (siehe letzter Absatz).

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt folgende Aufwendungen:
- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.12); erstattungsfähig sind Generika (Nachahmerpräparate) oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Werden Originalpräparate bezogen, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind diese zu 75 % erstattungsfähig;

[1] Schwerpunktbezeichnungen sind z. B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.

- ärztlich verordnete Verbandmittel;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.

Gebühren sind im tariflichen Umfang im Rahmen der Regelhöchstsätze[2] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt bei Behandlung/Verordnung
- durch den Hausarzt oder einen gleichgesetzten Arzt ..... 100 %,
- durch einen anderen direkt aufgesuchten Arzt ohne Überweisung des Hausarztes ..... 75 %,
- im Ausland ..... 75 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

b) **Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger**
Gebühren sind im tariflichen Umfang bis zum einfachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenverordnungen für Hebammen erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

c) **Heilmittel**
Erstattungsfähig sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse bzw. Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (z. B. Physiotherapeuten) verabreicht, sind die Gebühren bis zum 1,1-fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt ..... 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

d) **Hilfsmittel**
Erstattungsfähig sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Ausgenommen sind Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Die Aufwendungen sind in jeweils einfacher Ausführung erstattungsfähig. Die einfache Ausführung entspricht dem jeweils vergleichbaren Standard in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Hilfsmitteln, deren Aufwendungen einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 2.500,00 EUR überschreiten werden, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel zwingend ein Kostenvoranschlag vorzulegen. Anderenfalls verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.

Abweichend davon sind für die nachgenannten Hilfsmittel die Aufwendungen in folgender Höhe erstattungsfähig:

- Brillen und Kontaktlinsen (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) bis zu einem Rechnungsbetrag von 125,00 EUR für eine Sehhilfe. 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;
- orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 250,00 EUR pro Jahr;
- Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR;
- Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR.

Die Erstattung beträgt je Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag
- bis 2.500,00 EUR ..... 75 %,
- ab 2.500,01 EUR mit Kostenvoranschlag ..... 75 %,
- ab 2.500,01 EUR ohne Kostenvoranschlag ..... 50 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei Hilfsmitteln kommt es in der Regel durch erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge bzw. den Erstattungsprozentsatz zu Eigenbeteiligungen. Daher ist es empfehlenswert - insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln -, dem Versicherer vor Bezug generell einen Kostenvoranschlag vorzulegen.

e) **Transport zum und vom nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus**
Erstattungsfähig ist der notwendige Transport zum und vom nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

f) **Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu 10,00 EUR pro Stunde, maximal 75,00 EUR pro Tag. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung den Haushalt nicht weiterführen und auch keine andere im Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen kann. Die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung sind bis zu 90 Tagen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

---

[2] Das ist 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.

g) **Häusliche Krankenpflege**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, wenn eine stationäre Heilbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, soweit
- eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann
- und der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch 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.

Gebühren sind in dem Rahmen erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Die Erstattung beträgt..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

h) **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).

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

i) **Nicht erstattungsfähige Aufwendungen**
Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

- ambulante psychotherapeutische Behandlungen,
- Behandlungen durch Heilpraktiker.

Hierfür besteht keine Leistungspflicht des Versicherers.

1.2 Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang im Rahmen der Regelhöchstsätze[3] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, in der sie bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland erstattungsfähig gewesen wären.

1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

a) Zahnbehandlung (z. B. Füllungen einschließlich Inlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums).

[3] Das ist 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens[4] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

b) zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen, z. B.
- Erstellung des Mundhygienestatus, sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen;
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung;
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung;
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung ausgenommen Bleaching);
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen;
- Fissurenversiegelung.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens[4] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

c) Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens[4] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig.

Für die Erstattung gelten je versicherte Person im Kalenderjahr folgende erstattungsfähigen Rechnungshöchstbeträge:

- im 1. Kalenderjahr insgesamt..... 1.000,00 EUR,
- im 1. bis 2. Kalenderjahr insgesamt ... 2.000,00 EUR,
- im 1. bis 3. Kalenderjahr insgesamt ... 3.000,00 EUR,
- im 1. bis 4. Kalenderjahr insgesamt ... 4.000,00 EUR,
- im 1. bis 5. Kalenderjahr insgesamt ... 5.000,00 EUR,
- ab 6. Kalenderjahr..... unbegrenzt.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem sie angefallen sind.

Diese Höchstbeträge gelten nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich unmittelbar auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.000,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt ..... 85 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.4 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.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.5 Genesungskuren und sonstige Kuren

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

a) Es muss eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen sein.
b) Der Kuraufenthalt muss spätestens sechs Wochen nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung beginnen.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gilt ein Kuraufenthalt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen.

[4] Das ist der 3,5fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 2,5fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,3fache Satz.

Die medizinische Notwendigkeit der Kur ist durch ein ärztliches Gutachten, welches bei einer Genesungskur vom behandelnden Krankenhausarzt zu erstellen ist, vor Beginn der Kur nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.

1.51 **Kurbehandlung**
Bei einer Genesungskur oder sonstigen Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang im Rahmen der Regelhöchstsätze[5] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für sonstige Kuren sind höchstens für eine Kur innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem die letzte Kur begonnen hat, für die Leistungen gezahlt wurden.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.52 **Genesungsgeld**
Bei einer Genesungskur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, wird zusätzlich ein Genesungsgeld ohne Kostennachweis gezahlt. Die Dauer der Genesungskur ist durch die Rechnung für Unterkunft nachzuweisen.

Das Genesungsgeld beträgt je Tag 75,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.

1.6 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.

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 in dem Rahmen erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Gebühren von Ärzten sind im tariflichen Umfang im Rahmen der Regelhöchstsätze[6] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.7 Stationäre Hospizleistung
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische 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.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.8 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.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

[5] Das ist 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.

[6] Das ist 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

1.9 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.

Die Erstattung beträgt ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.10 Selbstbehalte

Von den tariflichen Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.9 wird ein Jahresselbstbehalt abgezogen. Er beträgt je versicherte Person im Kalenderjahr maximal

	Männer	Frauen	Kinder/Jugdl.*
Leistungsstufe 1	220	220	110
Leistungsstufe 2	830	830	415

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

Der Jahresselbstbehalt verringert sich im Jahr des Versicherungsbeginns um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Endet die Versicherung im Laufe des Kalenderjahres, verringert sich der Jahresselbstbehalt nicht.

Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 sowie zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.3 b) fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. Schutzimpfungen bezeichnet werden.

1.11 Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif easyflex dent für die Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs easyflex dent einschließlich des zu entrichtenden gesetzlichen Zuschlages nach § 149 VAG und des ggf. zu zahlenden Risikozuschlages.

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.

2.3 Optionsrechte

2.31 Option auf höhere oder umfassendere Leistungen

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - zum 01. des darauf folgenden Monats den Tarif easyflex dent in zu dem entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnete Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, wenn

- in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs easyflex dent für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung AG bestand bzw.
- der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie easyflex nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat,
- die Umstellung vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht Gebrauch, gilt Folgendes:

a) Bei einer Umstellung nach drei oder fünf Versicherungsjahren wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet.
b) Bei einer Umstellung nach sieben Versicherungsjahren kann ein Risikozuschlag von maximal 50 % des Mehrbeitrages verlangt werden.
c) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Umstellungszeitpunkt an wirksam.
d) Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellung.
e) Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

2.32 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.

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 Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.

2.33 **Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten**

Der Versicherte hat das Recht, für die Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in Verbindung mit dem Tarif easyflex dent 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.

3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 sowie zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.3 b) haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. Schutzimpfungen bezeichnet werden.

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**

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 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 § 4 Abs. 3 (3.2) TB/KK 11: Arzneimittel**

Zu den dort aufgeführten Nähr- und Stärkungsmitteln, die nicht als Arzneimittel gelten, zählen auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel).

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.

4.22 **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 zuerst in Anspruch nehmen.