

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

In der nachfolgenden Übersicht wird der Versicherungsschutz des Tarifs VELU in Stichworten dargestellt. Die genauen Leistungsbeschreibungen (erstattungsfähige Aufwendungen und Höhe der Leistungen) ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ambulante Heilbehandlung

- Arztbehandlung
- Vorsorgeuntersuchungen
- Heilpraktikerbehandlung
- Hebammenleistungen
- Psychotherapeutische Behandlung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Stationäre Heilbehandlung

- je nach Haupttarif:
Belegarzt oder privatärztliche Behandlung

Zahnärztliche Behandlung

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe
- Zahnersatz und Kieferorthopädie

Tarif VELU

Ergänzungstarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz

für Beihilfeberechtigte

Stand 01.01.2023

Der **Tarif VELU** 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 13).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein erfolgt bei der Tarifbezeichnung VELU vor dem "U" ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe:

Leistungsstufen:
90, 80, 75, 70, 65, 60, 55, 50, 45, 40, 35, 30

z. B. **VELU70**: Tarif VELU,
Leistungsstufe 70

Aus technischen Gründen wird ab **01.01.2019** bei neuen Verträgen (ab ca. 01.07.2019 bei bestehenden Verträgen) im Versicherungsschein folgende Tarifbezeichnung genannt:

Bei der Tarifbezeichnung VELU erfolgt **hinter** dem "U" ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe,

z. B. **VELU70**: Tarif VELU,
Leistungsstufe 70

Inhaltsübersicht

Seite

1. Leistungen	
1.1 Ambulante Heilbehandlungen	2
1.2 Stationäre Heilbehandlung	3
1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	3
1.4 Rücktransportkosten und Überführungskosten	4
1.5 Digitale Gesundheitsanwendungen	4
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2 Aufnahmehöchstalter	5
2.3 Anpassung des Versicherungsschutzes	5
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)	
4.1 Der Versicherungsschutz	5
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	5
4.3 Ende der Versicherung	5

Vorbemerkung

Nach dem Tarif VELU können Beihilferechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen versichert werden.

Der Tarif VELU kann nur in Verbindung mit

- dem Tarif VBU oder
- den Tarifen VAU, VSU (mindestens Tarifstufe 3) und VDU oder
- den Tarifen MA+, MS+ (mindestens Tarifstufe 3) und MZ+

des Versicherers vereinbart werden. Dabei ist Voraussetzung, dass für die einzelne zu versichernde Person

- der Erstattungsprozentsatz des Tarifs VBU bzw. VAU bzw. MA+ und der ambulante Beihilfemessungssatz zusammengerechnet 100 % betragen;
- die Leistungsstufe des Tarifs VELU dem ambulanten Beihilfemessungssatz entspricht.

1. Leistungen

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

Die Leistungshöhe wird durch die vereinbarte Leistungsstufe bestimmt.

Die Leistungen aus dem Tarif VELU 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 und Schuhszurichtungen sowie Hörgeräten die in Ziffer 1.1 f) genannten Höchstbeträge, bei den übrigen Leistungen die dem Grund nach erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.

Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldleistungen bleiben hierbei unberücksichtigt.

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

1.1 Ambulante Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt folgende Aufwendungen:

a) Ambulante Heilbehandlung

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien";
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (ohne Impfstoffe). Erstattungsfähig sind z. B. die Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Ersatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinätze.

Für psychotherapeutische Behandlungen gilt Ziffer 1.1 d).

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

b) Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK)

Unter den Versicherungsschutz fallen nach Ablauf von zwei Jahren – gerechnet vom Versicherungsbeginn an – operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

c) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

Unter den Versicherungsschutz fallen im Rahmen einer Schwangerschaftsvorsorge/-nach-sorge, Entbindung und Fehlgeburt Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

d) Psychotherapeutische Behandlung

Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	72 %;
Leistungsstufe 80	64 %;
Leistungsstufe 75	60 %;
Leistungsstufe 70	56 %;
Leistungsstufe 65	52 %;
Leistungsstufe 60	48 %;
Leistungsstufe 55	44 %;
Leistungsstufe 50	40 %;
Leistungsstufe 45	36 %;
Leistungsstufe 40	32 %;
Leistungsstufe 35	28 %;
Leistungsstufe 30	24 %

e) 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 und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

f) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarsatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhe und Schuhszurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführerassistenzsystems einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für

Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Hemodialyse und zur Sauerstofftherapie). Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS-Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte) sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten; Batterien sind jedoch eingeschlossen, wenn es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können.

Bei Hilfsmitteln - insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln - ist es empfehlenswert, der Barmeria vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmeria Gesundheitsdienst dann, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen möglich ist. Ein entsprechendes Angebot ist für Sie unverbindlich und freiwillig.

Die Aufwendungen der nachgenannten Hilfsmittel sind in folgender Höhe erstattungsfähig:

- Brillen und Kontaktlinsen (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) bis zu einem Rechnungsbetrag von 400,00 EUR für eine Sehhilfe. Sind die Aufwendungen im Sinne der jeweils geltenden Beihilfavorschriften (Stand 01.01.2004) insgesamt nicht beihilfefähig¹, dann wird der erstattungsfähige Rechnungsbetrag bei Einstärkengläsern um 31,00 EUR pro Glas und bei Mehrstärkengläsern um 72,00 EUR pro Glas gekürzt, jedoch nicht mehr als um den tatsächlichen Rechnungsbetrag pro Glas. Bei Kontaktlinsen gelten die Kürzungsbeträge entsprechend.
- 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 bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien;
- orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR pro Kalenderjahr;
- Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,00 EUR je zu versorgendem Ohr.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;

Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

g) Ambulante Transporte

Erstattungsfähig ist der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall. Erstattungsfähig sind außerdem Fahrten

- bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie;
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation);
- bei ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

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%.

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).

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.2 Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt die Aufwendungen im Krankenhaus für

- a) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen (wenn die Tarifstufe 1 oder 2 des Tarifs VBU bzw. VSU bzw. MS+ vereinbart ist), die über die Schwellenwerte der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen² hinausgehen;
- c) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfverordnung ist.

Die Erstattung erfolgt - unabhängig von der Leistungsstufe - zu dem Prozentsatz, der dem jeweiligen stationären Beihilfebemessungssatz der betroffenen versicherten Person entspricht.

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).

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfverordnung ist.

¹ Dies gilt derzeit grundsätzlich für die Beihilfavorschriften des Bundes und der angeschlossenen Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie das Land Bremen.

² 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.

Handelt es sich um Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik im Rahmen von Zahnbehandlung und sind diese Aufwendungen im Sinne der jeweils geltenden Beihilfevorschriften (Stand 01.01.2005) zu 40 % beihilfefähig³, dann werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um 20 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	72 %;
Leistungsstufe 80	64 %;
Leistungsstufe 75	60 %;
Leistungsstufe 70	56 %;
Leistungsstufe 65	52 %;
Leistungsstufe 60	48 %;
Leistungsstufe 55	44 %;
Leistungsstufe 50	40 %;
Leistungsstufe 45	36 %;
Leistungsstufe 40	32 %;
Leistungsstufe 35	28 %;
Leistungsstufe 30	24 %

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.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	72 %;
Leistungsstufe 80	64 %;
Leistungsstufe 75	60 %;
Leistungsstufe 70	56 %;
Leistungsstufe 65	52 %;
Leistungsstufe 60	48 %;
Leistungsstufe 55	44 %;
Leistungsstufe 50	40 %;
Leistungsstufe 45	36 %;
Leistungsstufe 40	32 %;
Leistungsstufe 35	28 %;
Leistungsstufe 30	24 %

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).

³ Dies gilt derzeit grundsätzlich für die Beihilfevorschriften des Bundes und der angeschlossenen Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500,00 EUR überschreiten werden.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Handelt es sich um Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik im Rahmen von Zahnersatz und sind diese Aufwendungen im Sinne der jeweils geltenden Beihilfevorschriften (Stand 01.01.2005) zu 40 % beihilfefähig⁴, dann werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um 20 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	72 %;
Leistungsstufe 80	64 %;
Leistungsstufe 75	60 %;
Leistungsstufe 70	56 %;
Leistungsstufe 65	52 %;
Leistungsstufe 60	48 %;
Leistungsstufe 55	44 %;
Leistungsstufe 50	40 %;
Leistungsstufe 45	36 %;
Leistungsstufe 40	32 %;
Leistungsstufe 35	28 %;
Leistungsstufe 30	24 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.500,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen mit der Hälfte der vorstehenden Prozentsätze ersetzt.

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 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 Flugretterungsunternehmen 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.

⁴ Dies gilt derzeit grundsätzlich für die Beihilfevorschriften des Bundes und der angeschlossenen Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Erstattungsfähig sind die notwendigen Aufwendungen für einen Rettungsflug bzw. sonstigen Krankentransport abzüglich der üblichen Fahrkosten. Übliche Fahrkosten sind solche, die für die versicherte Person auch ohne den Rücktransport entstanden wären (z. B. Rückflugticket, Bahnfahrkarte), soweit diese eindeutig ermittelt werden können.

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden in entsprechender Höhe die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland übernommen.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung erfolgt - unabhängig von der Leistungsstufe - zu dem Prozentsatz, der zusammenrechnet mit dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz des Tarifs VBU bzw. VSU bzw. MS+, jeweils Tarifstufe 3, der versicherten Person 100 % ergibt.

1.5 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.

Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 90	90 %;
Leistungsstufe 80	80 %;
Leistungsstufe 75	75 %;
Leistungsstufe 70	70 %;
Leistungsstufe 65	65 %;
Leistungsstufe 60	60 %;
Leistungsstufe 55	55 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 30	30 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

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 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Wenn sich für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfebemessungssatz ändert und deshalb der Versicherungsschutz nach Tarif VBU bzw. nach den Tarifen VAU, VSU und VDU bzw. MA+, MS+ und MZ+ angepasst wird, muss zum gleichen Zeitpunkt für alle betroffenen versicherten Personen auch der Versicherungsschutz nach Tarif VELU soweit angepasst werden, dass die Leistungsstufe des Tarifs VELU dem neuen geltenden ambulanten 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 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.1.1 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Während der ersten drei Monate eines 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 Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht bei der Barmeria Krankenversicherung AG bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.
- Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

4.12 Zu § 1 (5) MB/KK 09: Umfang des Versicherungsschutzes

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, sind abweichend von § 1 (5) MB/KK 09 die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.

4.13 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 § 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

4.2.1 Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 13 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 Versicherungsbegins 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.

4.2.2 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.

4.3 Ende der Versicherung

4.3.1 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung bzw. Änderung der Versicherung

- Die Versicherung nach dem Tarif VELU endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe.

- Außerdem endet das Versicherungsverhältnis mit der Beendigung der Versicherung nach dem Tarif VBU bzw. nach mindestens einem der Tarife VAU, VSU (Tarifstufe 3) oder VDU bzw. MA+, MS+ (Tarifstufe 3) oder MZ+;
- Darüber hinaus endet das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif VELU 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.