

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

In der nachfolgenden Übersicht wird der Versicherungsschutz der Tarife MA+, MS+ und MZ+ in Stichworten dargestellt. Die genauen Leistungsbeschreibungen (erstattungsfähige Aufwendungen und Höhe der Leistungen) ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarif MA+:

Ambulante Heilbehandlung

- Arztbehandlung
- Vorsorgeuntersuchungen
- Arzneien
- Heilpraktikerbehandlung
- Hebammenleistungen
- Psychotherapeutische Behandlung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung
- Häusliche Krankenpflege

Entbindungspauschale

Soziotherapie

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Tarif MS+:

Stationäre Heilbehandlung

- Allgemeine Krankenhausleistungen (Tarifstufe 3)
- Unterbringung im Einbettzimmer (Tarifstufe 1)
- Unterbringung im Zweibettzimmer (Tarifstufe 2)
- Privatärztliche Behandlung (Tarifstufen 1 oder 2)
- 100 % Rooming-In (Tarifstufe 3)

Stationäre Hospizleistungen (Tarifstufe 3)

Tarif MZ+:

Zahnärztliche Behandlung

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe
- Zahnersatz und Kieferorthopädie

Tarif MA+

für ambulante Heilbehandlung

Tarif MS+

für stationäre Heilbehandlung

Tarif MZ+

für Zahnbehandlung und Zahnersatz

Tarife für beihilfeberechtigte Ärzte und Zahnärzte

Stand 01.01.2019

Die Tarife MA+, MS+ und MZ+ 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 a. G. (TB/KK 13).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein erfolgt bei den Tarifbezeichnungen MA+, MS+ und MZ+ vor dem "+" ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe, beim Tarif MS+ auf die vereinbarte Tarif- und Leistungsstufe.

Leistungsstufen:

20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 und 100

Tarifstufen:

1 = Unterbringung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung bei stationärer Heilbehandlung

2 = Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung bei stationärer Heilbehandlung

3 = Allgemeine Krankenhausleistungen

z. B. MA30+: Tarif MA+, Leistungsstufe 30

z. B. MS330+: Tarif MS+, Tarifstufe 3 (Allgemeine Krankenhausleistungen), Leistungsstufe 30

z. B. MS230+: Tarif MS+, Tarifstufe 2 (Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung bei stationärer Heilbehandlung), Leistungsstufe 30

z. B. MZ30+: Tarif MZ+, Leistungsstufe 30

Aus technischen Gründen werden ab 01.01.2019 bei neuen Verträgen (ab ca. 01.07.2019 bei bestehenden Verträgen) im Versicherungsschein folgende Tarifbezeichnungen genannt:

Bei den Tarifbezeichnungen MA+, MS+ und MZ+ erfolgt **hinter** dem "+" ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe, beim Tarif MS+ auf die vereinbarte Tarif- und Leistungsstufe.

z. B. MA+30: Tarif MA+, Leistungsstufe 30

z. B. MS+330: Tarif MS+, Tarifstufe 3, Leistungsstufe 30

z. B. MS+230: Tarif MS+, Tarifstufe 2, Leistungsstufe 30

z. B. MZ+30: Tarif MZ+, Leistungsstufe 30

Inhaltsübersicht

Seite

1. Leistungen

1.1	Tarif MA+: Ambulante Heilbehandlung	2
1.2	Tarif MS+: Stationäre Heilbehandlung	3
1.3	Tarif MZ+: Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	4

2. Beiträge

2.1	Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2	Aufnahmehöchstalter	5
2.3	Anpassung des Versicherungsschutzes	5
2.4	Optionsrechte (bei Tarif MS+, Tarifstufe 3)	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	6
4.3	Ende der Versicherung	6

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind nach den Tarifen MA+, MS+ und MZ+ beihilfeberechtigte Ärzte und Zahnärzte. Ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen (Ehegatte, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder) können mitversichert werden.

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.

1.1 Tarif MA+

1.11 Ambulante Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt - jedoch nicht bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - folgende Aufwendungen:

a) Ambulante Heilbehandlung

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien";
- Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.15). Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen;
- Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel);
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen. 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;
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinätze.

Für psychotherapeutische Behandlungen gilt Ziffer 1.1 e).

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

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.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

c) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

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

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

d) Entbindungspauschale

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Pauschale (Einmalzahlung) gezahlt. Sie beträgt nach

Leistungsstufe 20	100,00 EUR;
Leistungsstufe 25	125,00 EUR;
Leistungsstufe 30	150,00 EUR;
Leistungsstufe 35	175,00 EUR;
Leistungsstufe 40	200,00 EUR;
Leistungsstufe 45	225,00 EUR;
Leistungsstufe 50	250,00 EUR.

e) Psychotherapeutische Behandlung

Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	16 %;
Leistungsstufe 25	20 %;
Leistungsstufe 30	24 %;
Leistungsstufe 35	28 %;
Leistungsstufe 40	32 %;
Leistungsstufe 45	36 %;
Leistungsstufe 50	40 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

f) 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.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;

Leistungsstufe 45 45 %;
Leistungsstufe 50 50 %
der erstattungsfähigen Aufwendungen.

g) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführertieres 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 Heimdialyse 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 Barmenia vor Bezug einen Kostenvorschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmenia Gesundheitsservice 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. 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.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

h) Ambulante Transporte

Erstattungsfähig sind 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), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

i) Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu 10,00 EUR pro Stunde, maximal 75,00 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage je Versicherungsfall. Voraussetzungen sind, dass

- die versicherte Person nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung den Haushalt nicht weiterführen und auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen kann oder die im Haushalt der versicherten Person lebende Ehefrau bzw. Lebenspartnerin nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung den Haushalt nicht weiterführen und auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen kann.

Soweit für die im Haushalt der versicherten Person lebende Ehefrau bzw. Lebenspartnerin auf Grund einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia ein eigener Anspruch auf Leistungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung besteht oder ein anderer Kostenträger (mit Ausnahme des Beihilfetragers) in Anspruch genommen werden kann, sind diese in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch bei der Barmenia besteht in diesen Fällen nicht.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

j) 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.

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.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

1.12 Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Soziotherapie entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn eine stationäre Heilbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist oder wenn die stationäre Heilbehandlung durch die Soziotherapie vermieden oder verkürzt wird.

Die Aufwendungen für Soziotherapie sind bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig, wenn der Versicherer eine schriftliche Zusage erteilt hat.

Bei Fachkräften für Soziotherapie sind die Kosten erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

1.13 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.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

1.2 Tarif MS+

1.21 Vorbemerkung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung - jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Ferner fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für medizinisch notwendige Rücktransporte wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland und Überführungskosten (siehe Tarif MS+, Tarifstufe 3). Versicherungsschutz besteht auch für stationäre Hospizleistungen (siehe Tarif MS+, Tarifstufe 3).

In welchem Umfang diese Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe.

1.22 Tarif MS+, Tarifstufe 3

1.221 Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- allgemeine Krankenhausleistungen;
- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
- Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

1.222 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)

Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, so fallen unter den Versicherungsschutz des versicherten Kindes die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.223 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 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.

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.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;

Leistungsstufe 5050 %
der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.224 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.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.23 Tarif MS+, Tarifstufe 2

1.231 Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über den Rahmen der Tarifstufe 3 bzw. über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für

- a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer abzüglich eines Kürzungsbetrages von 14,50 EUR täglich (dieser Kürzungsbetrag wird in voller Höhe erstattet - siehe Ziffer 1.232).
- Bei Unterkunft im Einbettzimmer gelten - sofern der Zweibettzimmerzuschlag nicht nachgewiesen werden kann - 50 % des Einbettzimmerzuschlages als Zweibettzimmerzuschlag;
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 100	100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.232 Zusätzliche Leistungen

Zusätzlich wird für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung unter Berücksichtigung von § 4 Abs. 4.1 der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) ein Krankenhaustagegeld von 14,50 EUR gezahlt.

1.233 Ausgleichszahlung

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Dieses Krankenhaustagegeld beträgt an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.231 b) nach

Leistungsstufe 20	5,00 EUR;
Leistungsstufe 25	6,25 EUR;
Leistungsstufe 30	7,50 EUR;
Leistungsstufe 35	8,75 EUR;
Leistungsstufe 40	10,00 EUR;

Leistungsstufe 45 11,25 EUR;
Leistungsstufe 50 12,50 EUR;
Leistungsstufe 100 25,00 EUR.
Dies gilt jedoch nicht für eine teilstationäre (stundeweise) Behandlung im Krankenhaus.

1.24 Tarif MS+, Tarifstufe 1

1.241 Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über den Rahmen der Tarifstufe 3 bzw. über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für

- a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer in Höhe der Aufwendungen für den Zweibettzimmerzuschlag abzüglich eines Kürzungsbetrages von 14,50 EUR täglich (dieser Kürzungsbetrag und der Unterschiedsbetrag zwischen Ein- und Zweibettzimmerzuschlag werden in voller Höhe erstattet - siehe Ziffer 1.242).
- Sofern der Zweibettzimmerzuschlag nicht nachgewiesen werden kann, gelten 50 % des Einbettzimmerzuschlages als Zweibettzimmerzuschlag;
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Die Erstattung beträgt nach

Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %;
Leistungsstufe 100	100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.242 Zusätzliche Leistungen

Zusätzlich wird für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung unter Berücksichtigung von § 4 Abs. 4.1 der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) ein Krankenhaustagegeld von 14,50 EUR gezahlt. Außerdem wird der Differenzbetrag zwischen dem Ein- und Zweibettzimmerzuschlag in voller Höhe erstattet.

1.243 Ausgleichszahlung

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dieses Krankenhaustagegeld beträgt an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.241 b) nach

Leistungsstufe 20	5,00 EUR;
Leistungsstufe 25	6,25 EUR;
Leistungsstufe 30	7,50 EUR;
Leistungsstufe 35	8,75 EUR;
Leistungsstufe 40	10,00 EUR;
Leistungsstufe 45	11,25 EUR;
Leistungsstufe 50	12,50 EUR;
Leistungsstufe 100	25,00 EUR.

Dies gilt jedoch nicht für eine teilstationäre (stundeweise) Behandlung im Krankenhaus.

1.3 Tarif MZ+

1.31 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).

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

- 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.

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

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

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

Die Erstattung beträgt nach	
Leistungsstufe 20	20 %;
Leistungsstufe 25	25 %;
Leistungsstufe 30	30 %;
Leistungsstufe 35	35 %;
Leistungsstufe 40	40 %;
Leistungsstufe 45	45 %;
Leistungsstufe 50	50 %

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.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

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

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für die Tarife MA+, MS+ und MZ+ gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.3 Anpassung des Versicherungsschutzes

2.3.1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs

Wenn für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz entsprechend anpassen. Ist eine Anpassung innerhalb der Tarife MA+, MS+ und MZ+ nicht möglich (vgl. 4.31), so können andere für den Neuzugang geöffnete Tarife gewählt werden.

Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats (frühestens jedoch ab Beginn des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt) erfolgen soll.

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

2.3.2 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung bzw. Fortfall des Kürzungsbetrages nach Ziffern 1.231 a) und 1.241 a) des Tarifs MS+

Der Kürzungsbetrag nach Ziffern 1.231 a) und 1.241 a) des Tarifs MS+ entspricht dem in den Beihilfevorschriften des Bundes vorgesehenen nicht beihilfefähigen Anteil an den Kosten des Zweibettzimmerzuschlages; wenn dieser sich ändert oder entfällt, gilt dies als eine nicht nur als vorübergehend anzusehende Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens mit der Folge, dass der Versicherer unter den weiteren Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 seine Leistungen nach den Ziffern 1.231 a), 1.241 a), 1.232 und 1.242 des Tarifs MS+ entsprechend anpassen kann. Gleichzeitig wird er in diesem Fall prüfen, inwieweit diese Anpassung Einfluss auf die Beiträge hat, und - sofern erforderlich - auch eine Beitragsanpassung unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 vornehmen.

2.4 Optionsrechte (bei Tarif MS+, Tarifstufe 3)

2.4.1 Option auf Krankentagegeld nach beendetem Studium

Studenten und beihilfeberechtigte Personen haben das Recht, nach Beendigung des Studiums bzw. nach Fortfall des Beihilfeanspruchs 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 Gesundheitsprüfung 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.

2.4.2 Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei Auslandsaufhaltenen

Der Versicherte hat das Recht, für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes in Verbindung mit dem Tarif MS+, Tarifstufe 3 den Tarif WSU zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufhaltenen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung annehmen, wenn der Tarif WSU vor Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt und abgeschlossen wird.

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:

- a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. 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.

- b) 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 § 4 Abs. 3 (3.2) TB/KK 13: 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, Haarnachwuchsmittel).

4.2 **Pflichten des Versicherungsnehmers**

4.21 **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.

4.22 **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 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 zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 **Ende der Versicherung**

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

- a) Das Versicherungsverhältnis endet – auch hinsichtlich der mitversicherten Personen - mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Fortfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten schriftlich anzuzeigen. Der Versicherungsnehmer kann dann entsprechend den Regelungen von Ziffer 2.31 die Weiterversicherung in einem anderen für den Neuzugang geöffneten Tarif des Versicherers verlangen.
- b) Der Tarif MZ+ kann nur in Verbindung mit einem Tarif des Versicherers für ambulante Heilbehandlung vereinbart werden; das Versicherungsverhältnis endet daher hinsichtlich des Tarifs MZ+ mit der Beendigung der Versicherung nach dem Tarif für ambulante Heilbehandlung.