

# Krankheitskosten- und Krankenhaus- tagegeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Inhaltsübersicht	Seite
<b>In diesem Druckstück:</b>	<b>Der Versicherungsschutz</b>	
<i>Teil I</i>	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
<i>Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 09)</i>	§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2
	§ 3 Wartezeiten	2
	§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
<i>Teil II</i>	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	4
<i>Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11) (Schrägschrift)</i>	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	4
<b>In gesonderten Druckstücken:</b>	<b>Pflichten des Versicherungsnehmers</b>	
<i>Teil III</i>	§ 8 Beitragszahlung	4
<i>Tarife</i>	§ 8a Beitragsberechnung	5
	§ 8b Beitragsanpassung	5
	§ 9 Obliegenheiten	6
<i>Stand 01.01.2013</i>	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
	§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	6
Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11) und auch die Tarife unter Ziffer 4.	§ 12 Aufrechnung	6
Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KK 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.	<b>Ende der Versicherung</b>	
	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	6
	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	7
	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	7
	<b>Sonstige Bestimmungen</b>	
	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	7
	§ 17 Gerichtsstand	7
	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7
	§ 19 Wechsel in den Standardtarif	7
	§ 20 Wechsel in den Basistarif	8
	<b>Anhang</b>	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	8
	Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)	10
	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	10
	Auszug aus dem Lebenspartner-schaftsgesetz (LPartG)	10

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsreich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

2.1 Im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung sind Kosten für Schutzimpfungen erstattungsfähig, sofern sie ärztlich angeraten und durchgeführt wurden. Erstattungsfähig sind insbesondere Kosten von Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen.

2.2 Als Versicherungsfall gelten auch solche ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbe-

handlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

4.1 Der Versicherer verzichtet auf die zeitliche Einschränkung, dass Versicherungsschutz nur für längstens zwei weitere Monate besteht (Abs. 4, letzter Halbsatz).

5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

6.1 Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, wenn

- die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und
- die Ergänzungsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, soweit die Leistungen der Ergänzungsversicherung nicht höher oder umfassender sind als die der Krankheitskosten-Vollversicherung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann für die Mehrleistungen ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 09 einzuhalten.

Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Warte-

zeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen, bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes und bei der Erweiterung des Versicherungsschutzes um den Ersatz solcher Aufwendungen, die bisher nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes waren.

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.1 Für Neugeborene, die nach Absatz 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

### § 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung oder der Eintragung der Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) beantragt wird.

3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

4.1 Wird die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten.

5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine private Krankheitskosten-Vollversicherung

ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### § 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

2.1 Es können auch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie bei Psychotherapie Ärzte sowie in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

2.2 Es können auch Krankenhausambulanzen zur ambulanten Heilbehandlung in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden.

2.3 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.

2.4 Gebühren sind im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Umfang auch über den Gebührenrahmen der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

2.5 Heilmittel können auch von staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (z. B. Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) erbracht werden, soweit sie ärztlich verordnet wurden.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

3.1 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.

3.2 Stärkungsmittel und sonstige Nahrungsmittel sowie kosmetische Mittel gelten nicht als Arzneimittel.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

4.1 Wird vom Krankenhaus der Entlassungstag nicht gesondert berechnet, so gilt dieser Tag in der Krankheitskostenversicherung ebenfalls nicht als Tag einer stationären Heilbehandlung.

4.2 Bei einer stationären Heilbehandlung sind drei Formen möglich:

- Die vollstationäre Behandlung  
Sie setzt voraus, dass das Behandlungsziel nur erreicht werden kann, wenn der Patient in vollem zeitlichen und organisatorischen Umfang in das Krankenhaus aufgenommen und dort untergebracht und versorgt wird.

- Die teilstationäre Behandlung  
Sie kommt dann in Betracht, wenn auf Grund der Erkrankung eine vollstationäre Unterbringung nicht erforderlich ist, weil die Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur während der Nacht notwendig ist (tagesklinische bzw. nachtklinische Behandlung).

- Die vor- und nachstationäre Behandlung  
Sie findet ohne Unterkunft und Verpflegung statt und hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

4.3 Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind die nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte. Soweit die Grundsätze der Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die nach der Bundespflegesatzverordnung ermittelten Pflegesätze und Zuschläge.

Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen der zuvor genannten Regelungen berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen.

4.4 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter Bundeswehrkrankenhäusern und Entbindungsanstalten.

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder

Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

5.1 Keine vorherige Zusage ist erforderlich

- bei Notfallbehandlung,
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer Krankenanstalt nach Absatz 5 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,
- sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

7. Die Aufwendungen einer Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung sind im tariflichen Umfang als ambulante oder stationäre Heilbehandlung erstattungsfähig, soweit es sich um medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung oder stationäre Krankenhausbehandlung handelt. Bei Rehabilitationsmaßnahmen mit Kurcharakter sind die Aufwendungen für eine Kur erstattungsfähig, sofern der Versicherungsschutz Kurleistungen vorsieht und eventuelle weitere Voraussetzungen erfüllt sind. § 4 Abs. 5 MB/KK und § 5 Abs. 1 d) MB/KK bleiben unberührt.

8. Aus den Überschüssen des Versicherers wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das satzungsgemäß zuständige Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Ist eine Auszahlung beschlossen worden, dann wird die Beitragsrückerstattung für jede einzelne versicherte Person gezahlt, wenn

- a) für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;
- b) die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das

zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;

- c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind.

Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.

Die Beitragsrückerstattung kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

### 1. Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z. B. durch Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) verursacht worden sind. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Absatz 1. a).

Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von Absatz 3 geleistet.

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

1b.1 Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

1b.2 Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, werden bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Unabhängig vom versicherten Tarif sind Aufwendungen für Wahlleistungen nicht erstattungsfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

1c.1 Unter der Voraussetzung des Abs. c) besteht auch keine Leistungspflicht für Behandlung durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie in eigener Praxis tätige, ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) gegenstandslos;

f) entfallen; \*)

- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

\*) Dieser Passus wurde auf Grund höchstrichterlicher Rechtsprechung gestrichen und ist nun unter § 4 Abs. 6 geregelt.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

1.1 Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten:

Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung, Daten der Behandlung.

Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen.

Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

4.1 Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

5.1 Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für Übersetzungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6.1 Ist ein Versichertenausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungsberechtigten direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Bei-

tragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

1.1 *Bei der Beitragseinstufung (tarifliches Eintrittsalter) wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm mehr als sechs Monate verflossen sind.*

*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. 21 - 25 zu zahlen.*

2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrages. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

4.1 *Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.*

5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

6. Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5,00 EUR je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

7. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

8. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## **§ 8a Beitragsberechnung**

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

5. *Zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten mit Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge zugeführt und ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet. Nach Vollendung des 80. Lebensjahres werden nicht verbrauchte Beträge zur Beitragsermäßigung eingesetzt. Diese Maßnahmen erfolgen gemäß § 12 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Entsprechendes gilt in der substitutiven Krankenversicherung (private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ersetzt) auch für den nach den §§ 12 Abs. 4a und 12e VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag.*

## **§ 8b Beitragsanpassung**

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag

(§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basisarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

1.1 *Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Abs. 1 eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.*

1.2 *Bei einer Beitragsänderung nach Abs. 1 wird das bisherige tarifliche Eintrittsalter zu Grunde gelegt. Das zum Zeitpunkt der Beitragsänderung erreichte tarifliche Lebensalter wird durch einen technischen Zuschlag berücksichtigt (siehe auch § 8a Abs. 2).*

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

2.1 *Der Versicherer wird von einer Beitragsanpassung absehen, wenn der Tatbestand nach Abs. 2 vorliegt.*

3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## § 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

1.1 *Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 bleibt hiervon unberührt.*

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf

einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

1.1 *Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.*

*Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.*

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5.1 Erhöht der Versicherer auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

7. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

8. Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

9. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

10. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

11. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

1. In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskosten-Vollversicherung besteht.

2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskosten-Teilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

2.1 Der Versicherer verzichtet auch dann auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm lediglich eine Krankheitskosten-Teilversicherung nach Abs. 2 besteht.

3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

5. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.1 Abs. 3 findet Anwendung bei Wegzug ins außereuropäische Ausland.

#### Sonstige Bestimmungen

##### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

##### § 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

#### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

#### § 19 Wechsel in den Standardtarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten- oder Vollversicherung bestehen.

Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

2. Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

## § 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

## Anhang

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

#### § 19 Anzeigepflicht

1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

3. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

4. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

5. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

6. Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den

Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

#### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

5. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

#### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

2. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

#### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zah-

lungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

#### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

#### § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

3. Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenersatzung für ambulante und stationäre Heilbehandlung

umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

#### § 195 Versicherungsdauer

1. Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

#### § 204 Tarifwechsel

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

2. Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

4. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

## Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

### § 12 Substitutive Krankenversicherung

1. Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

1a. Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Altersrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

### § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (2a)

Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,

4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zu Gunsten der Versicherten zu verwenden,

5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,

6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

## Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

### § 1 Form und Voraussetzungen

1. Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

2. Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

3. Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

4. Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

# Krankheitskosten- versicherung

## Kurzübersicht

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

### Ambulante Heilbehandlung

- 100 % Primärarzt\*
- 100 % Gezielte Vorsorgeuntersuchungen (Primärarzt)\*
- 100 % Arzneien, sofern es sich um Generika handelt (ansonsten 75 %)\*
- \* Bei direkt aufgesuchtem Facharzt bzw. Verordnung direkt durch Facharzt: jeweils 75 % davon
- 75 % Naturheilverfahren durch Ärzte/Behandlungen durch Heilpraktiker
- 100 % Hebammenleistungen
- 75 % Psychotherapeutische Behandlung
- 75 % Heilmittel
- 75 % Hilfsmittel bzw. 100 % lebenserhaltende Hilfsmittel
- 100 % Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung
- 100 % Häusliche Krankenpflege

### Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

### Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnprophylaxe
- 75 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

### Genesungs- und sonstige Kuren

- 100 % Kurzbehandlung
- 100,00 EUR Genesungsgeld (bei Genesungskur)

### Entbindungspauschale

### Kinderbetreuungspauschale

### Soziotherapie

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

### Stationäre Hospizleistungen

### Beitragsbefreiung bei

- Pflegestufe III
- Bezug von Elterngeld
- längeren Krankenhausaufenthalten

## Tarif Barmenia einsA prima

*Primärarzttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Leistungen für Genesungskuren und sonstige Kuren*

Stand 01.01.2013

Der **Tarif Barmenia einsA prima** 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 a. G. (TB/KK 13).

### Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif Barmenia einsA prima mit der Tarifbezeichnung PRIM ausgewiesen. Hinter der Tarifbezeichnung erfolgt ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe (= Höhe des Selbstbehaltes pro Kalenderjahr):

Leistungsstufe 1: Selbstbehalt (SB) = 300,00 EUR  
Leistungsstufe 2: Selbstbehalt (SB) = 600,00 EUR  
Leistungsstufe 3: Selbstbehalt (SB) = 1.200,00 EUR

z. B. **PRIM1:** Tarif Barmenia einsA prima,  
Leistungsstufe 1 (= 300,00 EUR SB)

## Inhaltsübersicht

## Seite

<b>1. Leistungen</b>	
1.1 Ambulante Heilbehandlung	2
1.2 Stationäre Heilbehandlung	4
1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	4
1.4 Rücktransportkosten und Überführungskosten	4
1.5 Genesungskuren und sonstige Kuren	4
1.6 Soziotherapie	5
1.7 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	5
1.8 Stationäre Hospizleistungen	5
1.9 Selbstbehalte	5
1.10 Beitragsbefreiung	5
<b>2. Beiträge</b>	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2 Aufnahmehöchstalter	5
2.3 Optionsrechte	5
2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes	6
<b>3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung</b>	<b>6</b>
<b>4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)</b>	
4.1 Der Versicherungsschutz	6
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	7
<b>Anhang</b>	
Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren	7

## 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 Barmeria einsA prima steht für die ambulante Heilbehandlung durch Ärzte das so genannte Primärarztmodell im Vordergrund. Das bedeutet, dass sich bei bestimmten Leistungen die Höhe des Versicherungsschutzes danach richtet, ob für die ambulante Heilbehandlung zuerst der Primärarzt aufgesucht wird.

Als Primärarzt gelten ausschließlich

- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- praktische Ärzte,
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung,
- Augenärzte,
- Gynäkologen,
- Kinderärzte,
- Notärzte oder Bereitschaftsärzte.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.

Der Behandlung durch den Primärarzt gleichgesetzt ist die Behandlung durch einen anderen Arzt als oben genannt, sofern der Primärarzt an diesen zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen hat, die Notwendigkeit vor der Mit- oder Weiterbehandlung schriftlich bestätigt und die Bestätigung zusammen mit der Rechnung des anderen Arztes zur Erstattung eingereicht wird.

Die Überweisung durch den Primärarzt gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für sechs Monate. Besteht die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung danach fort, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.

Wird direkt ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Primärarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe für diese Behandlung. Für zukünftige Behandlungen - auch für denselben Versicherungsfall - kann davon unbeschadet eine Überweisung des Primärarztes eingeholt werden.

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) ohne Berücksichtigung der dort genannten Altersbeschränkungen sowie im Rahmen der „Mutterschafts-Richtlinien“. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien",

die darüber hinausgehen, sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 250,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig;

- ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.14); erstattungsfähig sind Generika oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Werden Originalpräparate bezogen, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind diese zu 75 % erstattungsfähig. Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen;
- ärztlich verordnete 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). Impfstoffe gelten als Arzneimittel im oben beschriebenen Rahmen. Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.

Bei ambulanten Behandlungen im Ausland finden das Primärarztmodell sowie die Beschränkungen auf

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen,
- verschreibungspflichtige Arzneimittel und
- Generika, sofern für diese Originalpräparate vorhanden sind, keine Anwendung.

Für Naturheilverfahren durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 b).

Für psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 f).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt bei Behandlungen und Verordnungen

- durch den Primärarzt oder einen gleichgesetzten Arzt ..... 100 %;
- durch einen anderen direkt aufgesuchten Arzt ohne Überweisung des Primärarztes ..... 75 %;
- im Ausland (siehe aber Ziffern 4.13 und 4.15) ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### b) Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind im Rahmen der erstattungsfähigen Naturheilverfahren (siehe Anhang) die Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Bei Naturheilverfahren durch Ärzte sind Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb des Gebüh-

renrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker sind Gebühren im tariflichen Umfang bis zum einfachen Satz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig.

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

#### c) 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.

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

#### d) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenverordnungen für Hebammen erstattungsfähig.

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

#### e) Entbindungspauschale

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Pauschale (Einmalzahlung) von 500,00 EUR gezahlt.

#### f) Psychotherapeutische Behandlung

Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei Behandlung durch Heilpraktiker sind Gebühren bis zum einfachen Satz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Soweit die psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker erbracht wird, werden die Aufwendungen auf den in Ziffer 1.1 b) genannten erstattungsfähigen Höchstbetrag angerechnet.

<sup>1</sup> Schwerpunktbezeichnungen sind z. B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.

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

**g) 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.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (z. B. Physiotherapeuten) verabreicht, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig; bei Inanspruchnahme von Hebammen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Hebammen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr .....zu 75 %, darüber hinaus .....zu 100 % ersetzt.

**h) Hilfsmittel**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körpersersatzstücke (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 Aufwendungen für 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 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 Unterhalts- und Betriebskosten; Batterien sind jedoch eingeschlossen, wenn es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können.

**Wichtig:** Bei Hilfsmitteln, deren Aufwendungen einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 1.500,00 EUR überschreiten werden, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag vorzulegen. Der Barmenia Gesundheitsservice wird daraufhin in geeigneten Fällen prüfen, ob dieses oder ein vergleichbares Hilfsmittel in gleicher Qualität und Ausführung zu günstigeren Konditionen als aus dem Kostenvoranschlag ersichtlich bezogen werden kann (günstigere Versorgung).

Ist das nicht der Fall, sind Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig und werden zu den unten genannten Prozentsätzen ersetzt. Ist jedoch eine günstigere Versorgung möglich und macht die versicherte Person hiervon keinen Gebrauch, sind die Aufwendungen zu 75 % erstattungsfähig und werden zu den unten genannten Prozentsätzen ersetzt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer darlegt und nachweist, dass die von der Barmenia angebotene Versorgung im konkreten Fall nicht geeignet ist oder in Eilfällen (Notfall, Unfall) nicht rechtzeitig erlangt werden kann.

Wird bei voraussichtlichen Aufwendungen von mehr als 1.500,00 EUR vorab kein Kostenvoranschlag eingereicht, sind die Aufwendungen zu 75 % erstattungsfähig und werden zu den unten genannten Prozentsätzen ersetzt.

Bei Hilfsmitteln kommt es durch den Erstattungsprozentsatz in der Regel zu Eigenbeteiligungen. Daher ist es empfehlenswert, dem Versicherer auch bei Aufwendungen unter 1.500,00 EUR Rechnungsbetrag einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmenia Gesundheitsservice dann, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen möglich ist. Dieser Service ist bei Hilfsmitteln unter 1.500,00 EUR 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 150,00 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

- je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) ..... 75 %,
- je lebenserhaltendem Hilfsmittel ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

**i) Ambulante Transporte**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den notwendigen Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.

Erstattungsfähig sind außerdem Fahrten

- bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie;
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation);

- bei ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III ist.

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

**j) Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und 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 in Anspruch genommen werden kann, sind diese in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch bei der Barmenia besteht in diesen Fällen nicht.

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

**k) Kinderbetreuungspauschale**

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird für dessen Betreuung ab dem vierten Tag der Erkrankung eine Pauschale (Einzahlung) von 200,00 EUR gezahlt.

Die Pauschale wird zu Gunsten des versicherten Kindes einmal im Kalenderjahr gezahlt, wenn

- für ein Elternteil auch eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

**l) 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

## 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 innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

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

## 1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) 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 der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

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

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Für die Erstattung gelten folgende erstattungsfähige Höchstbeträge:

- vom 1. bis 3. Kalenderjahr  
Rechnungsbeträge von  
insgesamt ..... 7.500,00 EUR,
- ab dem 4. Kalenderjahr  
Rechnungsbeträge bis ..... 7.500,00 EUR pro Kalenderjahr.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte.

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 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt ..... 75 % 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 nächstgelegenes geeignetes 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 fünf-

fachen 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 Beförderungs-klasse, 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 ..... 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) Die medizinische Notwendigkeit der Genesungskur wird durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gilt ein Kuraufenthalt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen.

Eventuelle Attestkosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

### 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) Kurplan;
- e) Kurtaxe.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01. Januar des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur 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 die Unterkunft nachzuweisen.

Das Genesungsgeld beträgt je Tag 100,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.

### 1.6 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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

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

### 1.7 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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

### 1.8 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.....100 %  
der erstattungsfähigen Aufwendungen.

### 1.9 Selbstbehalte

Von den tariflichen Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.8 wird ein Jahresselbstbehalt abgezogen. Er beträgt je versicherte Person im Kalenderjahr maximal

nach Leistungsstufe 1..... 300,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 2..... 600,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 3 ..... 1.200,00 EUR.

Für Kinder und Jugendliche halbiert sich dieser Jahresselbstbehalt bis zum 31. Dezember 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 nach diesem Tarif im Laufe des Kalenderjahres, verringert sich der Jahresselbstbehalt nicht.

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

### 1.10 Beitragsbefreiung

a) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III:  
Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA prima für die Dauer der Schwerstpflegebedürftigkeit.

b) bei längerem Krankenhausaufenthalt:  
Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts gemäß Ziffer 1.2 des Tarifs besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA prima für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts.

Nicht als stationärer Krankenhausaufenthalt gelten Anschlussheilbehandlungen sowie Aufenthalte, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben.

c) bei Bezug von Elterngeld:  
Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitge-

setzes (BEEG), besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA prima für die Dauer des Bezugs von Elterngeld, wobei die Beitragsfreiheit insgesamt auf einen Zeitraum von maximal sechs Monaten begrenzt ist.

Der Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz besteht dann, wenn zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate im Tarif Barmenia einsA prima versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Barmenia einsA prima einschließlich des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

## 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 gibt es kein Aufnahmehöchstalter.

### 2.3 Optionsrecht

#### 2.31 Option auf höhere oder umfassendere Leistungen

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (siehe Ziffer 2.31 a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (siehe Ziffer 2.31 b) ohne erneute Gesundheitsprüfung den Tarif Barmenia einsA prima in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind. Dieses Recht gilt auch für eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmenia einsA prima auf eine Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch die Umstellung von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmenia einsA in den Tarif Barmenia einsA prima (siehe Ziffer 2.31 c) ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den höheren oder umfassenderen Tarif zurückumzustellen, der unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Dieses Recht gilt auch nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmenia einsA prima von einer Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt.

Macht der Versicherungsnehmer von den Optionsrechten Gebrauch, gilt Folgendes:

- Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Umstellungszeitpunkt an wirksam.
- Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellung.
- Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

Die Optionsrechte im Einzelnen:

- a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten:  
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Barmenia einsA prima an), zum 01. des darauf folgenden Monats den Tarif Barmenia einsA prima in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, wenn
- in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Barmenia einsA prima für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand bzw.
  - der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie Barmenia einsA nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat und
  - die Umstellung vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Beginn des Tarifs	
Barmenia einsA prima	01.07.2013
erster Optionstermin	01.07.2016
Antragstellung bis spätestens	30.06.2016
Beginn des höheren	
Versicherungsschutzes	01.07.2016

- b) Optionsrecht bei bestimmten Ereignissen:  
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb der ersten fünfzehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie Barmenia einsA an) bei folgenden Ereignissen den Tarif Barmenia einsA prima in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen:
- einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person (z. B. Hochschulstudium);
  - einmal bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit;
  - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet.

Voraussetzungen sind, dass

- der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens drei Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt und
- dem Antrag ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beigefügt wird.

- c) Optionsrecht nach Reduzierung des Versicherungsschutzes:  
Wurde der Versicherungsschutz reduziert durch die Umstellung
- von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmenia einsA in den Tarif Barmenia einsA prima oder
  - innerhalb des Tarifs Barmenia einsA prima von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt,
- hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Reduzierung des Versicherungsschutzes wieder

- in den höheren oder umfassenderen Tarif umzustellen, der unmittelbar vor der Reduktion bestanden hat bzw.
- in die Leistungsstufe des Tarifs Barmenia einsA prima mit niedrigerem Selbstbehalt umzustellen, die unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Das Optionsrecht auf Rückumstellung nach Reduzierung des Versicherungsschutzes kann insgesamt zweimal ausgeübt werden.

Voraussetzung ist, dass die Rückumstellung vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach Reduzierung des Versicherungsschutzes zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Reduzierung durch	
Umstellung auf den Tarif	
Barmenia einsA prima	01.04.2014
Optionstermin	01.04.2016
Antrag auf Rückumstellung	
bis spätestens	31.03.2016
Rückumstellung zum	01.04.2016

### 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 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.

### 2.33 Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei Auslandsaufenthalten

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für die Dauer eines Auslandsaufenthalts in Verbindung mit dem Tarif Barmenia einsA prima den Tarif WSU zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufenthalten, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

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

## 2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

## 3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale bei einer Hausentbindung nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.3 b) haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs, sofern für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. um eine Hausentbindung handelt.

## 4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

### 4.1 Der Versicherungsschutz

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- 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.
- 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 § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Anhang).

#### 4.13 Zu § 4 Abs. 2 (2.4) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland

Abweichend von § 4 Abs. 2 (2.4) TB/KK 13 werden bei Behandlungen im Ausland die erstattungs-

fähigen Aufwendungen im tariflichen Umfang den dort ortsüblichen Kosten entsprechend ersetzt.  
Siehe auch Ziffer 4.15.

**4.14 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, Haanwuchsmittel).

**4.15 Zu § 5 MB/KK 09: Einschränkung der Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland**

Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tariflich vereinbarte Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen. Erstattet wird in jedem Fall nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

Diese Einschränkung gilt nicht

- für Entbindungen, wenn ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes ist. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist,
- bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre,
- wenn im Rahmen eines Unfalls, d. h. einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

**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 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.

**Anhang**

**Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren**

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier'sche Stauung
  - Bluteigelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanellentherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien<sup>2</sup>
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darmsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstoff-Therapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

<sup>2</sup> Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

## Kurzübersicht

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

### Ambulante Heilbehandlung

- 100 % Primärarzt\*
- 100 % Gezielte Vorsorgeuntersuchungen (Primärarzt)\*
- 100 % Arzneien, sofern es sich um Generika handelt (ansonsten 80 %)\*
- \* Bei direkt aufgesuchtem Facharzt bzw. Verordnung direkt durch Facharzt: jeweils 80 % davon
- 80 % Naturheilverfahren durch Ärzte/ Behandlungen durch Heilpraktiker
- 100 % Hebammenleistungen
- 80 % Psychotherapeutische Behandlung
- 80 % Heilmittel
- 80 % Hilfsmittel bzw. 100 % lebenserhaltende Hilfsmittel
- 100 % Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/ Entbindung
- 100 % Häusliche Krankenpflege

### Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Unterbringung im Zweibettzimmer
- 100 % Privatärztliche Behandlung

### Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnprophylaxe
- 80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

### Genesungs- und sonstige Kuren

- 100 % Kurzbehandlung
- 100,00 EUR Genesungsgeld (bei Genesungskur)

### Entbindungspauschale

### Kinderbetreuungspauschale

### Soziotherapie

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

### Stationäre Hospizleistungen

### Beitragsbefreiung bei

- Pflegestufe III
- Bezug von Elterngeld
- längeren Krankenhausaufenthalten

## Tarif Barmenia einsA prima+

*Primärarzttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Leistungen für Genesungskuren und sonstige Kuren*

Stand 01.01.2013

Der Tarif Barmenia einsA prima+ 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 a. G. (TB/KK 13).

### Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif Barmenia einsA prima+ mit der Tarifbezeichnung PRIM+ ausgewiesen. Vor dem "+" erfolgt ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe (= Höhe des Selbstbehalts pro Kalenderjahr):

Leistungsstufe 1: Selbstbehalt (SB) = 300,00 EUR  
Leistungsstufe 2: Selbstbehalt (SB) = 600,00 EUR  
Leistungsstufe 3: Selbstbehalt (SB) = 1.200,00 EUR

z. B. PRIM1+: Tarif Barmenia einsA prima+, Leistungsstufe 1 (= 300,00 EUR SB)

## Inhaltsübersicht

	Seite
<b>1. Leistungen</b>	
1.1 Ambulante Heilbehandlung	2
1.2 Stationäre Heilbehandlung	4
1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	4
1.4 Rücktransportkosten und Überführungskosten	4
1.5 Genesungskuren und sonstige Kuren	4
1.6 Soziotherapie	5
1.7 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	5
1.8 Stationäre Hospizleistungen	5
1.9 Selbstbehalte	5
1.10 Beitragsbefreiung	5
<b>2. Beiträge</b>	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2 Aufnahmehöchstalter	5
2.3 Optionsrechte	5
2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes	6
<b>3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung</b>	<b>6</b>
<b>4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)</b>	
4.1 Der Versicherungsschutz	6
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	7
<b>Anhang</b>	
Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren	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 Barmeria einsA prima+ steht für die ambulante Heilbehandlung durch Ärzte das sogenannte Primärarztmodell im Vordergrund. Das bedeutet, dass sich bei bestimmten Leistungen die Höhe des Versicherungsschutzes danach richtet, ob für die ambulante Heilbehandlung zuerst der Primärarzt aufgesucht wird.

Als Primärarzt gelten ausschließlich

- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- praktische Ärzte,
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung<sup>1</sup>,
- Augenärzte,
- Gynäkologen,
- Kinderärzte,
- Notärzte oder Bereitschaftsärzte.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.

Der Behandlung durch den Primärarzt gleichgesetzt ist die Behandlung durch einen anderen Arzt als oben genannt, sofern der Primärarzt an diesen zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen hat, die Notwendigkeit vor der Mit- oder Weiterbehandlung schriftlich bestätigt und die Bestätigung zusammen mit der Rechnung des anderen Arztes zur Erstattung eingereicht wird.

Die Überweisung durch den Primärarzt gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für sechs Monate. Besteht die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung danach fort, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.

Wird direkt ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Primärarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe für diese Behandlung. Für zukünftige Behandlungen - auch für denselben Versicherungsfall - kann davon unbeschadet eine Überweisung des Primärarztes eingeholt werden.

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) ohne Berücksichtigung der dort genannten Altersbeschränkungen sowie im Rahmen der "Mutterschafts-

Richtlinien". Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien", die darüber hinausgehen, sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig;

- ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.14); erstattungsfähig sind Generika oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Werden Originalpräparate bezogen, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind diese zu 80 % erstattungsfähig. Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen;
- ärztlich verordnete 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). Impfstoffe gelten als Arzneimittel im oben beschriebenen Rahmen. Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.

Bei ambulanten Behandlungen im Ausland finden das Primärarztmodell sowie die Beschränkungen auf

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen,
- verschreibungspflichtige Arzneimittel und
- Generika, sofern für diese Originalpräparate vorhanden sind, keine Anwendung.

Für Naturheilverfahren durch Ärzte gilt Ziffer 1.1b).

Für psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte gilt Ziffer 1.1f).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt bei Behandlungen und Verordnungen

- durch den Primärarzt oder einen gleichgesetzten Arzt ..... 100 %;
- durch einen anderen direkt aufgesuchten Arzt ohne Überweisung des Primärarztes ..... 80 %;
- im Ausland (siehe aber Ziffern 4.13 und 4.15) ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### b) Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind im Rahmen der erstattungsfähigen Naturheilverfahren (siehe Anhang) die Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Bei Naturheilverfahren durch Ärzte sind Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker sind Gebühren im tariflichen Umfang bis zum einfachen Satz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt ..... 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### c) 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.

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

#### d) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenverordnungen für Hebammen erstattungsfähig.

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

#### e) Entbindungspauschale

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Pauschale (Einmalzahlung) von 500,00 EUR gezahlt.

#### f) Psychotherapeutische Behandlung

Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei Behandlung durch Heilpraktiker sind Gebühren bis zum einfachen Satz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.

Soweit die psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker erbracht wird, werden die

<sup>1</sup> Schwerpunktbezeichnungen sind z. B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Aufwendungen auf den in Ziffer 1.1b) genannten erstattungsfähigen Höchstbetrag angerechnet.

Die Erstattung beträgt.....80 %  
der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### g) 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.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (z. B. Physiotherapeuten) verabreicht, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig; bei Inanspruchnahme von Hebammen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Hebammen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr ..... zu 80 %, darüber hinaus ..... zu 100 % ersetzt.

#### h) 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 Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenführerassistenz 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.

**Wichtig:** Bei Hilfsmitteln, deren Aufwendungen einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 1.500,00 EUR überschreiten werden, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag vorzulegen. Der Barmenia Gesundheitsservice wird daraufhin in geeigneten Fällen prüfen, ob dieses oder ein vergleichbares Hilfsmittel in gleicher Qualität und Ausführung zu günstigeren Konditionen als aus dem Kostenvoranschlag ersichtlich bezogen werden kann (günstigere Versorgung).

Ist das nicht der Fall, sind Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig und werden zu den unten genannten Prozentsätzen ersetzt. Ist jedoch eine günstigere Versorgung möglich und macht die versicherte Person hiervon keinen Gebrauch, sind die Aufwendungen zu 80 % erstattungsfähig und werden zu den unten genannten Prozentsätzen ersetzt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer darlegt und nachweist, dass die von der Barmenia angebotene Versorgung im konkreten Fall nicht geeignet ist oder in Eilfällen (Notfall, Unfall) nicht rechtzeitig erlangt werden kann.

Wird bei voraussichtlichen Aufwendungen von mehr als 1.500,00 EUR vorab kein Kostenvoranschlag eingereicht, sind die Aufwendungen zu 80 % erstattungsfähig und werden zu den unten genannten Prozentsätzen ersetzt.

Bei Hilfsmitteln kommt es durch den Erstattungsprozentsatz in der Regel zu Eigenbeteiligungen. Daher ist es empfehlenswert, dem Versicherer auch bei Aufwendungen unter 1.500,00 EUR Rechnungsbetrag einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmenia Gesundheitsservice dann, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen möglich ist. Dieser Service ist bei Hilfsmitteln unter 1.500,00 EUR 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 300,00 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

- je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) ..... 80 %;
- je lebenserhaltendem Hilfsmittel ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### i) Ambulante Transporte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den notwendigen Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.

Erstattungsfähig sind außerdem Fahrten

- bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie;
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation);

- bei ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III ist.

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

#### j) 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 Anspruch auf Leistungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung besteht oder ein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann, sind diese in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch bei der Barmenia besteht in diesen Fällen nicht.

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

#### k) Kinderbetreuungspauschale

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird für dessen Betreuung ab dem vierten Tag der Erkrankung eine Pauschale (Einzahlung) von 200,00 EUR gezahlt.

Die Pauschale wird zu Gunsten des versicherten Kindes einmal im Kalenderjahr gezahlt, wenn

- für ein Elternteil auch eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

#### l) 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

tische 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

## 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) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (Bei Unterkunft im Einbettzimmer sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, sind 50 % der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer erstattungsfähig.);
- d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

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

## 1.3 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) 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 der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

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

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

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Für die Erstattung gelten folgende erstattungsfähige Höchstbeträge:

- vom 1. bis 3. Kalenderjahr  
Rechnungsbeträge von insgesamt ..... 7.500,00 EUR,
- ab dem 4. Kalenderjahr  
Rechnungsbeträge bis ..... 15.000,00 EUR pro Kalenderjahr.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte.

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 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt ..... 80 % 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 nächstgelegenes geeignetes 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. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für einen Rettungsflug abzüglich der üblichen Fahrkosten;

- b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für einen sonstigen Krankentransport abzüglich der üblichen Fahrkosten. 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 ..... 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) Die medizinische Notwendigkeit der Genesungskur wird durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gilt ein Kuraufenthalt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen.

Eventuelle Attestkosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

### 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) Kurplan;
- e) Kurtaxe.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des

Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01. Januar des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur 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 die Unterkunft nachzuweisen.

Das Genesungsgeld beträgt je Tag 100,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.

### 1.6 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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

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

### 1.7 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.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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

### 1.8 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.....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

### 1.9 Selbstbehalte

Von den tariflichen Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.8 wird ein Jahresselbstbehalt abgezogen. Er beträgt je versicherte Person im Kalenderjahr maximal

nach Leistungsstufe 1..... 300,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 2..... 600,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 3 ..... 1.200,00 EUR.

Für Kinder und Jugendliche halbiert sich dieser Jahresselbstbehalt bis zum 31. Dezember 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 nach diesem Tarif im Laufe des Kalenderjahres, verringert sich der Jahresselbstbehalt nicht.

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

### 1.10 Beitragsbefreiung

- bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III: Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA prima+ für die Dauer der Schwerstpflegebedürftigkeit.
- bei längerem Krankenhausaufenthalt: Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes gemäß Ziffer 1.2 des Tarifs besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA prima+ für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthaltes.

Nicht als stationärer Krankenhausaufenthalt gelten Anschlussheilbehandlungen sowie Aufenthalte, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben.

- bei Bezug von Elterngeld: Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA prima+ für die Dauer des Bezugs von Elterngeld, wobei die Beitragsfreiheit insgesamt auf einen Zeitraum von maximal sechs Monaten begrenzt ist.

Der Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz besteht dann, wenn zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate im Tarif Barmenia einsA prima+ versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Barmenia einsA prima+ einschließlich des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

## 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 gibt es kein Aufnahmehöchstalter.

### 2.3 Optionsrecht

#### 2.31 Option auf höhere oder umfassendere Leistungen

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (siehe Ziffer 2.31 a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (siehe Ziffer 2.31 b) ohne erneute Gesundheitsprüfung den Tarif Barmenia einsA prima+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind. Dieses Recht gilt auch für eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmenia einsA prima+ auf eine Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch die Umstellung von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmenia einsA in den Tarif Barmenia einsA prima+ (siehe Ziffer 2.31 c) ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den höheren oder umfassenderen Tarif zurückzustellen, der unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Dieses Recht gilt auch nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmenia einsA prima+ von einer Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt.

Macht der Versicherungsnehmer von den Optionsrechten Gebrauch, gilt Folgendes:

- Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende

- Versicherungsfälle zum jeweiligen Umstellungszeitpunkt an wirksam.
- Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellung.
- Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

Die Optionsrechte im Einzelnen:

- a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten:  
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Barmenia einsA prima+ an), zum 01. des darauf folgenden Monats den Tarif Barmenia einsA prima+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, wenn
- in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Barmenia einsA prima+ für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand,
  - der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie Barmenia einsA nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat und
  - die Umstellung vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Beginn des Tarifs	
Barmenia einsA prima+	01.07.2013
erster Optionstermin	01.07.2016
Antragstellung bis spätestens	30.06.2016
Beginn des höheren	
Versicherungsschutzes	01.07.2016

- b) Optionsrecht bei bestimmten Ereignissen:  
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb der ersten fünfzehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie Barmenia einsA an) bei folgenden Ereignissen den Tarif Barmenia einsA prima+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen:
- einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person (z. B. Hochschulstudium);
  - einmal bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit;
  - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthaltes stattfindet.

Voraussetzungen sind, dass

- der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens drei Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt und
  - dem Antrag ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beigefügt wird.
- c) Optionsrecht nach Reduzierung des Versicherungsschutzes:  
Wurde der Versicherungsschutz reduziert durch die Umstellung

- von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmenia einsA in den Tarif Barmenia einsA prima+ oder
  - innerhalb des Tarifs Barmenia einsA prima+ von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt,
- hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Reduzierung des Versicherungsschutzes wieder
- in den höheren oder umfassenderen Tarif umzustellen, der unmittelbar vor der Reduktion bestanden hat bzw.
  - in die Leistungsstufe des Tarifs Barmenia einsA prima+ mit niedrigerem Selbstbehalt umzustellen, die unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Das Optionsrecht auf Rückumstellung nach Reduzierung des Versicherungsschutzes kann insgesamt zweimal ausgeübt werden.

Voraussetzung ist, dass die Rückumstellung vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach Reduzierung des Versicherungsschutzes zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Reduzierung durch	
Umstellung auf den Tarif	
Barmenia einsA prima+	01.04.2014
Optionstermin	01.04.2016
Antrag auf Rückumstellung	
bis spätestens	31.03.2016
Rückumstellung zum	01.04.2016

### 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 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.

### 2.33 Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei Auslandsaufenthalten

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes in Verbindung mit dem Tarif Barmenia einsA prima+ den Tarif WSU zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufenthalten, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

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

### 2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

### 3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale bei einer Hausentbindung nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.3 b) haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs, sofern für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. um eine Hausentbindung handelt.

### 4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

#### 4.1 Der Versicherungsschutz

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

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 § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht**

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Anhang).

4.13 **Zu § 4 Abs. 2 (2.4) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland**

Abweichend von § 4 Abs. 2 (2.4) TB/KK 13 werden bei Behandlungen im Ausland die erstattungsfähigen Aufwendungen im tariflichen Umfang den dort ortsüblichen Kosten entsprechend ersetzt. Siehe auch Ziffer 4.15.

4.14 **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, Haarwuchsmittel).

4.15 **Zu § 5 MB/KK 09: Einschränkung der Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland**

Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tariflich vereinbarte Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen. Erstattet wird in jedem Fall nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

Diese Einschränkung gilt nicht

- für Entbindungen, wenn ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes ist. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist,
- bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre,
- wenn im Rahmen eines Unfalls, das heißt einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

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 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.

## Anhang

### Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier'sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanelletherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien<sup>2</sup>
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darmin-sufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstoff-Therapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

<sup>2</sup> Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

# Krankheitskosten- versicherung

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

## Kurzübersicht

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

### Ambulante Heilbehandlung

- 100 % Arztbehandlung
- 100 % Vorsorgeuntersuchungen
- 100 % Arzneien
- 85 % Heilpraktikerbehandlung
- 100 % Hebammenleistungen
- 85 % Psychotherapeutische Behandlung
- 85 % Heilmittel
- 85 % Hilfsmittel bzw. 100 % lebenserhaltende Hilfsmittel
- 100 % Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung
- 100 % Häusliche Krankenpflege

### Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % Privatärztliche Behandlung
- 100 % Rooming-In

### Zahnärztliche Behandlung

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

### Genesungs- und sonstige Kuren

- 100 % Kurbehandlung
- 200,00 EUR Genesungsgeld (bei Genesungskur)

### Entbindungspauschale

### Kinderbetreuungspauschale

### Soziotherapie

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

### Stationäre Hospizleistungen

### Beitragsbefreiung bei

- Pflegestufe III
- Bezug von Elterngeld
- längerem Krankenhausaufenthalt

## Tarif Barmenia einsA expert

*Kompakttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Leistungen für Genesungskuren und sonstige Kuren*

Stand 01.01.2013

Der **Tarif Barmenia einsA expert** 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 a. G. (TB/KK 13).

### Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif Barmenia einsA expert mit der Tarifbezeichnung EXP ausgewiesen. Hinter der Tarifbezeichnung erfolgt ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe (= Höhe des Selbstbehaltes pro Kalenderjahr):

Leistungsstufe 1: Selbstbehalt (SB) = 300,00 EUR

Leistungsstufe 2: Selbstbehalt (SB) = 600,00 EUR

Leistungsstufe 3: Selbstbehalt (SB) = 1.200,00 EUR

z. B. **EXP1:** Tarif Barmenia einsA expert,  
Leistungsstufe 1 (= 300,00 EUR SB)

## Inhaltsübersicht

## Seite

<b>1. Leistungen</b>	
1.1 Ambulante Heilbehandlung	2
1.2 Stationäre Heilbehandlung	3
1.3 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)	3
1.4 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	3
1.5 Rücktransportkosten und Überführungskosten	3
1.6 Genesungskuren und sonstige Kuren	4
1.7 Soziotherapie	4
1.8 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	4
1.9 Stationäre Hospizleistungen	4
1.10 Selbstbehalte	4
1.11 Beitragsbefreiung	4
<b>2. Beiträge</b>	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2 Aufnahmehöchstalter	5
2.3 Optionsrechte	5
2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes	5
<b>3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung</b>	5
<b>4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)</b>	
4.1 Der Versicherungsschutz	6
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	6
<b>Anhang</b>	
Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren	7

## 1. Leistungen

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

### 1.1 Ambulante Heilbehandlung

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

#### a) Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien";
- ärztlich verordnete Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.14). Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmesungen;
- ärztlich verordnete Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel;
- 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); die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind; die Aufwendungen für berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.

Für Naturheilverfahren durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 b).

Für psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 f).

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

#### b) Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind im Rahmen der erstattungsfähigen Naturheilverfahren (siehe Anhang) die Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Für psychotherapeutische Behandlungen gilt Ziffer 1.1f).

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

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

Unter den Versicherungsschutz fallen nach Ablauf von zwei Jahren – gerechnet vom Versiche-

rungsbeginn 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### d) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

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

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

#### e) Entbindungspauschale

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenersatzung zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Pauschale (Einmalzahlung) von 500,00 EUR gezahlt.

#### f) Psychotherapeutische Behandlung

Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

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

#### g) 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 erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr zu .....85 %, darüber hinaus .....zu 100 % ersetzt.

#### h) 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 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 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 Kostenvoranschlag 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 600,00 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 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr.

Die Erstattung beträgt

- je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) .....85 %,
- je lebenserhaltendem Hilfsmittel .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### i) 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 Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III ist.

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

#### j) 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 Anspruch auf Leistungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung besteht oder ein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann, sind diese in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch bei der Barmenia besteht in diesen Fällen nicht.

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

**k) Kinderbetreuungspauschale**

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird für dessen Betreuung ab dem vierten Tag der Erkrankung eine Pauschale (Einmalzahlung) von 200,00 EUR gezahlt. Die Pauschale wird zu Gunsten des Kindes einmal im Kalenderjahr gezahlt, wenn

- auch für ein Elternteil eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

**l) 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

**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) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

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

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Ein- bzw. Zweibettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, wird hierfür ersatzweise ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es beträgt

- a) an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.2 c) ..... 25,00 EUR;
- b) an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.2 d) ..... 25,00 EUR.

Dies gilt nicht für eine

- teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus sowie
- eine stationäre Behandlung in Krankenanstalten gemäß § 4 (5) MB/KK 09.

**1.3 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 die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

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

**1.4 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).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) 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 der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

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

- 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).

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Für die Erstattung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge:

- vom 1. bis 3. Kalenderjahr insgesamt ..... 10.000,00 EUR,
- ab dem 4. Kalenderjahr ..... unbegrenzt.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte.

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 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.

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

**1.5 Rücktransportkosten und Überführungskosten**

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die notwendigen Aufwendungen für einen

- a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Ret-

tungsflug 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 Flugretterunternehmen durchgeführt wird;

- b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünf-fachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linien-verkehr 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 fünf-fachen 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.

### 1.6 Genesungskuren und sonstige Kuren

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

- Es muss eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen sein.
- Die medizinische Notwendigkeit der Genesungskur wird durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gilt ein Kuraufenthalt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen.

Eventuelle Attestkosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

#### 1.6.1 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

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- Arznei- und Verbandmittel;
- Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- Kurplan;
- Kurtaxe.

Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem

01. Januar des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden.

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

#### 1.6.2 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 200,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.

#### 1.7 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### 1.8 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..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### 1.9 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### 1.10 Selbstbehalte

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

nach Leistungsstufe 1 ..... 300,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 2 ..... 600,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 3 ..... 1.200,00 EUR.

Für Kinder und Jugendliche halbiert sich dieser Jahreselternbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

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

Endet die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe des Kalenderjahres, verringert sich der Jahreselternbehalt nicht.

Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale bei einer Hausentbindung nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.4 b) fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.

#### 1.11 Beitragsbefreiung

- bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III: Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die Dauer der Schwerstpflegebedürftigkeit.
- bei längerem Krankenhausaufenthalt: Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes gemäß Ziffer 1.2 des Tarifs besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert für die weitere Verweildauer bis zur Bendigung des Krankenhausaufenthaltes.

Nicht als stationärer Krankenhausaufenthalt gelten Anschlussheilbehandlungen sowie Aufenthalte, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben.

- bei Bezug von Elterngeld: Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeseltern-geld- und Elternzeit-gesetzes (BEEG), besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert für die Dauer des Bezugs von Elterngeld, wobei die Beitragsfreiheit insgesamt auf einen Zeitraum von maximal sechs Monaten begrenzt ist.

Der Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz besteht dann, wenn zum Zeitpunkt des

erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate im Tarif Barmeria einsA expert versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheids vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Barmeria einsA expert einschließlich des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

## 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

#### 2.3.1 Option auf höhere oder umfassendere Leistungen

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (siehe Ziffer 2.31 a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (siehe Ziffer 2.31 b) ohne erneute Gesundheitsprüfung den Tarif Barmeria einsA expert in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind. Dieses Recht gilt auch für eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmeria einsA expert auf eine Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch die Umstellung von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmeria einsA in den Tarif Barmeria einsA expert (siehe Ziffer 2.31 c) ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den höheren oder umfassenderen Tarif zurückzustellen, der unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Dieses Recht gilt auch nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmeria einsA expert von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt.

Macht der Versicherungsnehmer von den Optionsrechten Gebrauch, gilt Folgendes:

- Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Umstellungszeitpunkt an wirksam.
- Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellung.
- Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

Die Optionsrechte im Einzelnen:

- a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten: Der Versicherungsnehmer hat das Recht, nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Barmeria einsA expert an), zum

01. des darauf folgenden Monats den Tarif Barmeria einsA expert in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, wenn

- in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Barmeria einsA expert für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmeria Krankenversicherung a. G. bestand bzw.
- der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie Barmeria einsA nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat und
- die Umstellung vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Beginn des Tarifs	
Barmeria einsA expert	01.07.2013
erster Optionstermin	01.07.2016
Antragstellung bis spätestens	30.06.2016
Beginn des höheren	
Versicherungsschutzes	01.07.2016

- b) Optionsrecht bei bestimmten Ereignissen: Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb der ersten fünfzehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie Barmeria einsA an) bei folgenden Ereignissen den Tarif Barmeria einsA expert in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen:

- einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person (z. B. Hochschulstudium);
- einmal bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit;
- bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthaltes stattfindet.

Voraussetzungen sind, dass

- der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens drei Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt und
- dem Antrag ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beigelegt wird.

- c) Optionsrecht nach Reduzierung des Versicherungsschutzes:

Wurde der Versicherungsschutz reduziert durch die Umstellung

- von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmeria einsA in den Tarif Barmeria einsA expert oder
- innerhalb des Tarifs Barmeria einsA expert von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt,

hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Reduzierung des Versicherungsschutzes wieder

- in den höheren oder umfassenderen Tarif umzustellen, der unmittelbar vor der Reduktion bestanden hat bzw.

- in die Leistungsstufe des Tarifs Barmeria einsA expert mit niedrigerem Selbstbehalt umzustellen, die unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Das Optionsrecht auf Rückumstellung nach Reduzierung des Versicherungsschutzes kann insgesamt zweimal ausgeübt werden.

Voraussetzung ist, dass die Rückumstellung vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach Reduzierung des Versicherungsschutzes zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Reduzierung durch Umstellung auf den Tarif Barmeria einsA expert	01.04.2014
Optionstermin	01.04.2016
Antrag auf Rückumstellung bis spätestens	31.03.2016
Rückumstellung zum	01.04.2016

### 2.3.2 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 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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

## 3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische

Leistungen nach Ziffer 1.4 b) haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs, sofern für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. um eine Hausentbindung handelt.

#### **4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)**

##### **4.1 Der Versicherungsschutz**

###### **4.11 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

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.
- 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 § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht**

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Anhang).

###### **4.14 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, Haarwuchsmittel).

##### **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 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.

## Anhang

### Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier'sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanelletherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien<sup>2</sup>
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darmin-sufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstoff-Therapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

<sup>2</sup> Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

# Krankheitskosten- versicherung

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

## Kurzübersicht

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

### Ambulante Heilbehandlung

- 100 % Arztbehandlung
- 100 % Vorsorgeuntersuchungen
- 100 % Arzneien
- 100 % Heilpraktikerbehandlung
- 100 % Hebammenleistungen
- 100 % Psychotherapeutische Behandlung
- 100 % Heil- und Hilfsmittel
- 100 % Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/Entbindung
- 100 % Häusliche Krankenpflege

### Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % Privatärztliche Behandlung
- 100 % Rooming-In

### Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnprophylaxe
- 90 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

### Genesungs- und sonstige Kuren

- 100 % Kurbehandlung
- 200,00 EUR Genesungsgeld (bei Genesungskur)

### Entbindungspauschale

### Kinderbetreuungspauschale

### Soziotherapie

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

### Stationäre Hospizleistungen

### Beitragsbefreiung bei

- Pflegestufe III
- Bezug von Elterngeld
- längerem Krankenhausaufenthalt

## Tarif Barmenia einsA expert+

*Kompakttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Leistungen für Genesungskuren und sonstige Kuren*

Stand 01.01.2013

Der **Tarif Barmenia einsA expert+** 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 a. G. (TB/KK 13).

### Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif Barmenia einsA expert+ mit der Tarifbezeichnung EXP+ ausgewiesen. Vor dem "+" erfolgt ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe (= Höhe des Selbstbeitrags pro Kalenderjahr):

Leistungsstufe 1: Selbstbehalt (SB) = 300,00 EUR

Leistungsstufe 2: Selbstbehalt (SB) = 600,00 EUR

Leistungsstufe 3: Selbstbehalt (SB) = 1.200,00 EUR

z. B. **EXP1+**: Tarif Barmenia einsA expert+,  
Leistungsstufe 1  
(= 300,00 EUR SB)

## Inhaltsübersicht

## Seite

<b>1. Leistungen</b>	
1.1 Ambulante Heilbehandlung	2
1.2 Stationäre Heilbehandlung	3
1.3 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)	3
1.4 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	3
1.5 Rücktransportkosten und Überführungskosten	3
1.6 Genesungskuren und sonstige Kuren	4
1.7 Soziotherapie	
1.8 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	4
1.9 Stationäre Hospizleistungen	4
1.10 Selbstbehalte	4
1.11 Beitragsbefreiung	4
<b>2. Beiträge</b>	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2 Aufnahmehöchstalter	5
2.3 Optionsrechte	5
2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes	5
<b>3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung</b>	5
<b>4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)</b>	
4.1 Der Versicherungsschutz	6
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	6
<b>Anhang</b>	
Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren	7

## 1. Leistungen

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

### 1.1 Ambulante Heilbehandlung

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

#### a) Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien";
- ärztlich verordnete Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.14). Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen;
- ärztlich verordnete 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); die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind; die Aufwendungen für berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.

Für Naturheilverfahren durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 b).

Für psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 f).

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

#### b) Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind im Rahmen der erstattungsfähigen Naturheilverfahren (siehe Anhang) die Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Für psychotherapeutische Behandlungen gilt Ziffer 1.1 f).

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

#### c) 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 .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### d) 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 .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### e) Entbindungspauschale

Bei Hausentbindungen wird neben der Kosten-erstattung zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Pauschale (Einmalzahlung) von 500,00 EUR gezahlt.

#### f) Psychotherapeutische Behandlung

Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

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

#### g) 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 .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### h) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarerersatz), 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 Barmeria vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmeria 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 600,00 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 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr.

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

#### i) 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 Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III ist.

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

#### j) 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 in Anspruch genommen werden kann, sind diese in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch bei der Barmenia besteht in diesen Fällen nicht.

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

#### k) Kinderbetreuungspauschale

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird für dessen Betreuung ab dem vierten Tag der Erkrankung eine Pauschale (Einmalzahlung) von 200,00 EUR gezahlt.

Die Pauschale wird zu Gunsten des Kindes einmal im Kalenderjahr gezahlt, wenn

- auch für ein Elternteil eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

#### l) 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### 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) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

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

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Ein- bzw. Zweibettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, wird hierfür ersatzweise ein Krankenhausstagegeld gezahlt. Es beträgt

- a) an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.2 c) ..... 50,00 EUR;
- b) an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.2 d) ..... 50,00 EUR.

Dies gilt nicht für eine

- teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus sowie
- eine stationäre Behandlung in Krankenanstalten gemäß § 4 (5) MB/KK 09.

#### 1.3 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### 1.4 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 ..... 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 Übungser

folges 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

- 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).

Für die Erstattung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge:

- vom 1. bis 3. Kalenderjahr insgesamt ..... 10.000,00 EUR,
- ab 4. Kalenderjahr ..... unbegrenzt.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte.

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 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt ..... 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### 1.5 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 fünf-fachen 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 Kranken-transport 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

### 1.6 Genesungskuren und sonstige Kuren

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

- Es muss eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen sein.
- Die medizinische Notwendigkeit der Genesungskur wird durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gilt ein Kuraufenthalt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen.

Eventuelle Attestkosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

#### 1.61 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

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- Arznei- und Verbandmittel;
- Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- Kurplan;
- Kurtaxe.

Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01. Januar des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden.

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

#### 1.62 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 200,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.

### 1.7 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

### 1.8 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 ..... 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

### 1.9 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 ..... 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

nach Leistungsstufe 1 ..... 300,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 2 ..... 600,00 EUR,  
nach Leistungsstufe 3 ..... 1.200,00 EUR.

Für Kinder und Jugendliche halbiert sich dieser Jahresselbstbehalt bis zum 31. Dezember 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 nach diesem Tarif im Laufe des Kalenderjahres, verringert sich der Jahresselbstbehalt nicht.

Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale bei einer Hausentbindung nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.4 b) fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.

### 1.11 Beitragsbefreiung

- bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III: Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert+ für die Dauer der Schwerstpflegebedürftigkeit.
- bei längerem Krankenhausaufenthalt: Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts gemäß Ziffer 1.2 des Tarifs besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert+ für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts.

Nicht als stationärer Krankenhausaufenthalt gelten Anschlussheilbehandlungen sowie Aufenthalte, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben.

- bei Bezug von Elterngeld: Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert+ für die Dauer des Bezugs von Elterngeld, wobei die Beitragsfreiheit insgesamt auf einen Zeitraum von maximal sechs Monaten begrenzt ist.

Der Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz besteht dann, wenn zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate im Tarif Barmenia einsA expert+ versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Barmenia einsA expert+ einschließlich des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

## 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

#### 2.3.1 Option auf höhere oder umfassendere Leistungen

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (siehe Ziffer 2.31 a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (siehe Ziffer 2.31 b) ohne erneute Gesundheitsprüfung den Tarif Barmeria einsA expert+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind. Dieses Recht gilt auch für eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmeria einsA expert+ auf eine Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch die Umstellung von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmeria einsA in den Tarif Barmeria einsA expert+ (siehe Ziffer 2.31 c) ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den höheren oder umfassenderen Tarif zurückzustellen, der unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Dieses Recht gilt auch nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmeria einsA expert+ von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt.

Macht der Versicherungsnehmer von den Optionsrechten Gebrauch, gilt Folgendes:

- Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Umstellungszeitpunkt an wirksam.
- Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellung.
- Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

Die Optionsrechte im Einzelnen:

- a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten: Der Versicherungsnehmer hat das Recht, nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Barmeria einsA expert+ an), zum 01. des darauf folgenden Monats den Tarif Barmeria einsA expert+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, wenn
- in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Barmeria einsA expert+ für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmeria Krankenversicherung a. G. bestand bzw.

- der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie Barmeria einsA nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat und
- die Umstellung vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Beginn des Tarifs	
Barmeria einsA expert+	01.07.2013
erster Optionstermin	01.07.2016
Antragstellung bis spätestens	30.06.2016
Beginn des höheren	
Versicherungsschutzes	01.07.2016

- b) Optionsrecht bei bestimmten Ereignissen: Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb der ersten fünfzehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie Barmeria einsA an) bei folgenden Ereignissen den Tarif Barmeria einsA expert+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen:
- einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person (z. B. Hochschulstudium);
  - einmal bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit;
  - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet.

Voraussetzungen sind, dass

- der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens drei Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt und
- dem Antrag ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beigefügt wird.

- c) Optionsrecht nach Reduzierung des Versicherungsschutzes: Wurde der Versicherungsschutz reduziert durch die Umstellung
- von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmeria einsA in den Tarif Barmeria einsA expert+ oder
  - innerhalb des Tarifs Barmeria einsA expert+ von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt,
- hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Reduzierung des Versicherungsschutzes wieder
- in den höheren oder umfassenderen Tarif umzustellen, der unmittelbar vor der Reduktion bestanden hat bzw.
  - in die Leistungsstufe des Tarifs Barmeria einsA expert+ mit niedrigerem Selbstbehalt umzustellen, die unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Das Optionsrecht auf Rückumstellung nach Reduzierung des Versicherungsschutzes kann insgesamt zweimal ausgeübt werden.

Voraussetzung ist, dass die Rückumstellung vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach Reduzierung des Versicherungsschutzes zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird.

Beispiel:

Reduzierung durch Umstellung auf den Tarif Barmeria einsA expert+	01.04.2014
Optionstermin	01.04.2016
Antrag auf Rückumstellung bis spätestens	31.03.2016
Rückumstellung zum	01.04.2016

#### 2.3.2 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 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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

## 3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.4 b) haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs, sofern für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. um eine Hausentbindung handelt.

#### 4. **Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)**

##### 4.1 **Der Versicherungsschutz**

###### 4.11 **Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

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.
- 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 § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht**

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Anhang).

###### 4.14 **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, Haarwuchsmittel).

##### 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 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.

## Anhang

### Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier'sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanellentherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:

Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenhambehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien<sup>2</sup>
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccin
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darmin-sufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstoff-Therapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

<sup>2</sup> Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.