

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Inhaltsübersicht	Seite	Anhang	Seite
In diesem Druckstück:	Der Versicherungsschutz		Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	9
<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	Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)	11
	§ 3 Wartezeiten	3		
	§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3		
<i>Teil II</i>	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	4		
<i>Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13) (Schrägschrift)</i>	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	5	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	11
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	5		
In gesonderten Druckstücken:	Pflichten des Versicherungsnehmers		Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	12
<i>Teil III</i>	§ 8 Beitragszahlung	5		
<i>Tarife</i>	§ 8a Beitragsberechnung	6		
	§ 8b Beitragsanpassung	6	Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)	12
	§ 9 Obliegenheiten	7		
<i>Stand 01.10.2021</i>	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7		
	§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	7	Auszug aus dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG)	12
<i>Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (Unisex-Tarife).</i>	§ 12 Aufrechnung	7		
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 AG (TB/KK 13) und auch die Tarife unter Ziffer 4. Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KK 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.	Ende der Versicherung			
	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	7		
	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	8		
	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	8		
	Sonstige Bestimmungen			
	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	8		
	§ 17 Gerichtsstand	8		
	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	8		
	§ 19 Wechsel in den Standardtarif	8		
	§ 20 Wechsel in den Basistarif	8		
	Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	9		

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 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.

2.2 Als Versicherungsfall gilt auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (siehe Anhang) durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Zur Sicherstellung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes der versicherten Person erfolgt die Abrechnung auf deren ausdrücklichen Wunsch hin direkt mit dem Leistungserbringer und ohne Erstellung einer formalen Leistungsabrechnung an den Versicherungsnehmer. Die Leistungen werden grundsätzlich nicht auf einen eventuell vereinbarten Jahreselbstbehalt angerechnet und sind unschädlich für einen eventuellen Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

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 Heilbehandlung 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.

5.1 Gleiches gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

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 bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

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.

Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer zusätzlich das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 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 Wartezeiten. 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.

2.2 Der Versicherer verzichtet auf die Voraussetzung, dass ein Elternteil am Tage der Geburt mindestens drei Monate bei ihm versichert sein muss. Die Voraussetzung, dass ein Elternteil beim Versicherer versichert sein muss, bleibt unberührt.

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.

3.1 Auf die Vereinbarung des Risikozuschlages nach Absatz 3 wird verzichtet.

4. Für Neugeborene bzw. Adoptivkinder, die nach den Absätzen 2 bzw. 3 mitversichert werden, kann innerhalb des vom Elternteil versicherten Tarifs jede Selbstbehalt-Variante zu den in § 2 Abs. 2, 2.1 3 und 3.1 genannten Konditionen vereinbart werden.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) 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.

2.1 Die allgemeine Wartezeit entfällt, wenn bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

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

3.1 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen auch dann, wenn bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

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, in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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 sowie sozialpädiatrischen Zentren.

2.4 Gebühren sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung 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. Bei sozialpädiatrischen Zentren sind auch die mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen erstattungsfähig. Bei Behandlungen im Ausland sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten 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.

2.6 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden 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 Bundespflegegesetzverordnung Anwendung finden, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die nach der Bundespflegegesetzverordnung 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.

4.5 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für drei Wochen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,00 EUR pro Tag.

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
- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,
 - 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. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

9. Ist die versicherte Person Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) (siehe Anhang) (Organempfänger) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert, trägt dieser nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger (versicherte Person) im vereinbarten tariflichen Umfang, sondern tritt auch für die Absicherung der bei dem Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Die Absicherung des Organspenders wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers (versicherte Person). Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders gilt als Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers (versicherte Person) im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG.

Der Versicherer erbringt in diesen Fällen zur Absicherung des Organspenders folgende Leistungen, wenn der Organempfänger (versicherte Person) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert ist:

- Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme werden die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang erstattet. Ergeben sich bei der Organentnahme unmittelbar Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch den Versicherer erstattet.
- Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten bei dem Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige auf Grund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden erstattet, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.
- Weiterhin werden die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG (siehe Anhang) für den Organspender übernommen.
- Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten "Behandlungsort" werden ebenfalls erstattet.
- Damit der Organspender auf Grund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten keine Nachteile erleidet, erstattet der Versicherer dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstaustausch. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und seine Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender auf Grund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstaustausch erleidet, werden anstelle des Verdienstaustauschs dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet.
- Vom Organempfänger (versicherte Person) vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

Treten Komplikationen im Zusammenhang mit der Organspende auf und besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, besteht nur Anspruch auf die Aufwendungen, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

10. 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

- für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;
- 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;
- 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

- 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 aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind.

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.

- 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 insgesamt drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen Kosten übernommen, wenn Erfolgsaussichten bestehen.

Auch bei mehreren Suchterkrankungen hat die versicherte Person Anspruch auf nicht mehr als drei Entziehungsmaßnahmen. Werden Entziehungsmaßnahmen von einem anderen Kostenträger vollständig übernommen, werden diese auf die insgesamt drei erstattungsfähigen Entziehungsmaßnahmen angerechnet.

Unabhängig vom versicherten Tarif sind Aufwendungen für Wahlleistungen nicht erstattungsfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

1b.3 Unter den Voraussetzungen der Absätze 1b.1 und 1b.2 werden auch die Kosten für Entziehungsmaßnahmen übernommen, die auf Grund von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht) durchgeführt werden.

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.

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

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.

§ 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

6.1 Ist ein Versichertenalausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer 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 Beitragsraten 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 verlossen 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 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. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungs-

rückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

6.1 *Mahnkosten werden nur in nachweisbarer Höhe erhoben.*

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 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 Alterwerdens 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 Krankheitskostentariifen 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 § 150 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Entsprechendes gilt in der substitutiven Krankenversicherung (private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ersetzt) auch für den nach den §§ 149 und 338 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 gesetzlichen 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 Basistarif 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 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.*

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 Versicherungsfalles 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 Krankentagegeldversicherung 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 Durch-

setzung 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 und 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 Altersrückstellung 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 von zwei Monaten 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

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 Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten

Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 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 *Das Versicherungsverhältnis endet auch dann nicht, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.*

3.2 *Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten oder die Schweiz, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von dieser Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangt.*

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 höchststrichterliche 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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

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 Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Zahlungsfrist 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 Kostenerstattung 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 beamten-

rechtlichen 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;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

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. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Abs. 1 Nr. 1.

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.

§ 146 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 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basisarbit im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und (...)

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 Gutschrift zur Altersrückstellung; Direktgutschrift

1. Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnermäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

2. Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

3. Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämien erhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der

Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien senkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämien senkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämien ermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

4. Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Die Prämien ermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 153 Notlagentarif

1. Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

2. Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 338 Zuschlag in der Krankenversicherung

Ist ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 149 mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,

2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 Prozent der Bruttoprämie beträgt und an jedem 1. Januar der darauffolgenden Jahre um 2 Prozent, jedoch auf nicht mehr als 10 Prozent der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,

3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlags dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen, und

4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich oder elektronisch widerspricht.

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. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt, (...)

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPaTG)

§ 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

2. Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

3. Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Auszug aus dem Gesetz über die Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG)

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben

1. Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere ist bei einer lebenden Person, soweit in § 8a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. die Person
 - a) volljährig und einwilligungsfähig ist,
 - b) nach Absatz 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
 - c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,
2. die Übertragung des Organs oder Gewebes auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Leben dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,
3. im Fall der Organentnahme ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht und
4. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen.

2. Der Spender ist durch einen Arzt in verständlicher Form aufzuklären über
 1. den Zweck und die Art des Eingriffs,
 2. die Untersuchungen sowie das Recht, über die Ergebnisse der Untersuchungen unterrichtet zu werden,
 3. die Maßnahmen, die dem Schutz des Spenders dienen, sowie den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organ- oder Gewebeentnahme für seine Gesundheit,
 4. die ärztliche Schweigepflicht,
 5. die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung und die Folgen für den Empfänger sowie sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst, sowie über
 6. die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten.

Der Spender ist darüber zu informieren, dass seine Einwilligung Voraussetzung für die Organ- oder Gewebeentnahme ist. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen zu erfolgen.

Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Spenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von den aufklärenden Personen, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Niederschrift muss auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Satz 3 gilt nicht im Fall der beabsichtigten Entnahme von Knochenmark.

3. Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelns nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen

Die Entnahme von Knochenmark bei einer minderjährigen Person zum Zwecke der Übertragung ist abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a und b sowie Nr. 2 mit folgender Maßgabe zulässig:

1. Die Verwendung des Knochenmarks ist für Verwandte ersten Grades oder Geschwister der minderjährigen Person vorgesehen.
2. Die Übertragung des Knochenmarks auf den vorgesehenen Empfänger ist nach ärztlicher Beurteilung geeignet, bei ihm eine lebensbedrohende Krankheit zu heilen.
3. Ein geeigneter Spender nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 steht im Zeitpunkt der Entnahme des Knochenmarks nicht zur Verfügung.
4. Der gesetzliche Vertreter ist entsprechend § 8 Abs. 2 aufgeklärt worden und hat in die Entnahme und die Verwendung des Knochenmarks eingewilligt. § 1627 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist anzuwenden. Die minderjährige Person ist durch einen Arzt entsprechend § 8 Abs. 2 aufzuklären, soweit dies im Hinblick auf ihr Alter und ihre geistige Reife möglich ist. Lehnt die minderjährige Person die beabsichtigte Entnahme oder Verwendung ab oder bringt sie dies in sonstiger Weise zum Ausdruck, so ist dies zu beachten.
5. Ist die minderjährige Person in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, so ist auch ihre Einwilligung erforderlich.

Soll das Knochenmark der minderjährigen Person für Verwandte ersten Grades verwendet werden, hat der gesetzliche Vertreter dies dem Familiengericht unverzüglich anzuzeigen, um eine Entscheidung nach § 1629 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit § 1796 des Bürgerlichen Gesetzbuchs herbeizuführen.



Tarif **Genau-Für-Sie** Krankenversicherung

Kompakttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kuren für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** im Versicherungsschein: **siehe Übersicht 1 - Leistungstabelle**

Stand: 01.07.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie Krankenversicherung**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Leistungsstufe Erstattung	
Ambulante Heilbehandlung	
<ul style="list-style-type: none">- Behandlung durch einen Arzt, auch Behandlungen mit Naturheilverfahren- Vorsorgeuntersuchungen- Arznei- und Verbandmittel- Behandlung durch Heilpraktiker- Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit bis zu 2.000 EUR je Auge- Hebammen-/Entbindungspflegerleistungen- Psychotherapeutische Behandlung- Heilmittel- Hilfsmittel- Brillen und Kontaktlinsen bis 400 EUR alle zwei Kalenderjahre- Haushaltshilfe bis maximal 50 EUR pro Tag für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr- Häusliche Krankenpflege- Kinderwunschbehandlung- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen

Leistungsstufe Erstattung

Stationäre Heilbehandlung

- Allgemeine Krankenhausleistungen
 - Rooming-In
 - Stationäre Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf
 - Stationäre Hospizleistungen
-

Zahnärztliche Behandlung

- Zahnbehandlung
 - Zahnprophylaxe
 - Zahnersatz und Kieferregulierung
-

zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen

Kuren

- Kurbehandlung
 - Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt 100 EUR pro Tag für maximal 28 Tage
- Kurbehandlung zum vereinbarten Leistungs-Prozentsatz
 - Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz
-

Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses

- pauschal 600 EUR, unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz
-

Soziotherapie

Sozialpädiatrie und Frühförderung

zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen

Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

- maximal 3 Monate
-

Optionsrechte

- nach 3, 5 oder 7 Versicherungsjahren
 - Änderung des Beihilfe-Status
 - Entsendung der versicherten Person ins Ausland
-

Übersicht 1: Leistungstabelle

Name im Versicherungsschein	Leistungsstufe	Leistungs-Prozentsatz ambulant und Zahn nach Abschnitt B. Ziffer 1, 3 und 4	Leistungs-Prozentsatz stationär nach Abschnitt B. Ziffer 2 und 4
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 10	GK10	10 %	10 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 15	GK15	15 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 20	GK20	20 %	20 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 20P	GK20P*	20 %	20 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 25	GK25	25 %	25 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 30	GK30	30 %	30 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 35	GK35	35 %	35 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 40	GK40	40 %	40 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 45	GK45	45 %	45 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 50	GK50	50 %	50 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 100	GK100**	100 %	100 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 2015	GK2015	20 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 2515	GK2515	25 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 3015	GK3015	30 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 3520	GK3520	35 %	20 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 4025	GK4025	40 %	25 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 4530	GK4530	45 %	30 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 5035	GK5035	50 %	35 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 5540	GK5540	55 %	40 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 6045	GK6045	60 %	45 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 6550	GK6550	65 %	50 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 7055	GK7055	70 %	55 %

* Die Leistungsstufe GK20P entfällt mit Eintritt des Versorgungsfalles (siehe auch Abschnitt D. Ziffer 6 c).

** Die Leistungsstufe GK100 können Sie ausschließlich als Besondere Bedingung vereinbaren. Die Voraussetzungen für den Abschluss finden Sie in einem gesonderten Druckstück.

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Der Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** sieht mehrere Leistungsstufen vor. Folgende Punkte sind wichtig für Sie:

- Die Leistungsstufe GK20P können Sie nur zusammen mit der Leistungsstufe GK30 oder GK50 vereinbaren. Die Pauschalen, die Sie unabhängig von Ihrem vereinbarten Leistungs-Prozentsatz erhalten, werden aus der Leistungsstufe GK30 oder GK50 gezahlt. Aus der Leistungsstufe GK20P werden sie nicht zusätzlich gezahlt.

- Nach den Leistungsstufen GK30 und GK20P beträgt der Leistungs-Prozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Danach reduziert sich der Leistungs-Prozentsatz auf 30 % durch Wegfall der Leistungsstufe GK20P. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Ist durch Ihren Beihilfeträger eine andere Regelung vorgesehen, muss an Stelle des Versicherungsschutzes nach den Leistungsstufen GK30 und GK20P die Leistungsstufe GK50 vereinbart werden. Sollte die Umstellung auf die Leistungsstufe GK30 mit dem Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein Leistungs-Prozentsatz von 50 % benötigt wird, so ist eine Umstellung auf die Leistungsstufe GK50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt.

Sie vereinbaren mit der Barmenia eine prozentuale Kostenerstattung (Leistungs-Prozentsatz). Zusätzlich haben Sie unabhängig vom versicherten Leistungs-Prozentsatz eine Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses und ein Kur-Tagegeld nach stationären Aufenthalten versichert. Die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses und das Kur-Tagegeld werden aus der Leistungsstufe GK20P nicht zusätzlich bezahlt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren über den Gebührenrahmen des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Wir ersetzen im Rahmen des Versicherungsvertrages die nachgewiesenen Kosten nach dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe. Beispiele:

- **Sie haben die Leistungsstufe GK30 vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz ist 30 %.
- **Sie haben die Leistungsstufen GK30 und GK20P vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz liegt zusammen bei 50 %. Die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses und das Kur-Tagegeld werden aus der Leistungsstufe GK30 gezahlt. Aus der Leistungsstufe GK20P werden sie nicht zusätzlich bezahlt.
- **Sie haben die Leistungsstufe GK5035 vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz liegt bei der ambulanten (nach Ziffer 1) und zahnärztlichen Heilbehandlung (nach Ziffer 3) bei 50 %. Bei der stationären Heilbehandlung (nach Ziffer 2) liegt der Leistungs-Prozentsatz bei 35 %.

Details zum versicherten Leistungs-Prozentsatz finden Sie in der Leistungstabelle (Übersicht 1).

1. Ambulante Heilbehandlung

Die Kosten einer ambulanten Heilbehandlung nach den Ziffern 1 a) bis o) ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe. Das gilt nicht für die Ziffer 1 f).

a) Ambulante Heilbehandlung

Versichert sind die Kosten für ambulante Heilbehandlung. Dazu zählen zum Beispiel:

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Wenn Sie Vorsorgeuntersuchungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Noch ein Hinweis für Sie: Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelt.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

- ärztlich verordnete Arzneimittel. Dazu zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen.
Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.
- ärztlich verordnete Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.
- ärztlich verordnete Patientenschulungen (Erst- und Folgeschulungen) für chronisch Kranke. Dazu gehören zum Beispiel: Patientenschulungen für Diabetiker oder Asthmatiker.
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (einschließlich reise- und berufsbedingte Schutzimpfungen). Wir erstatten zum Beispiel die Kosten für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Wenn Sie Schutzimpfungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.

- Versichert sind die Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

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

b) Behandlungen durch Heilpraktiker

Versichert sind die Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker. Dazu zählen auch Heilpraktiker mit einer beschränkten Zulassung (sektorale Heilpraktiker) für zum Beispiel den Bereich Physiotherapie. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

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

c) Psychotherapeutische Behandlung

Versichert sind die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich psychologischer Diagnostik.

- d) Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) Versichert sind die Kosten für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **2.000 EUR je Auge**. Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.
- Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie bis zu 600 EUR je Auge (2.000 EUR * 30 % = 600 EUR), für Kosten die durch operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit entstehen.**
- e) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger Versichert sind die Kosten für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die im Rahmen von Schwangerschaftsvorsorge oder -nachsorge, Entbindung und Fehlgeburt anfallen.
- f) Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses Bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses (zum Beispiel zu Hause oder im Geburtshaus) erhalten Sie **600 EUR als Pauschale** (Einmalzahlung je Geburt). Wir zahlen die Pauschale in voller Höhe, unabhängig von der vereinbarten Leistungsstufe. Die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses wird aus dem Tarif GK20P nicht zusätzlich bezahlt.
- Wenn Sie die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses erhalten, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus.**
- g) Heilmittel Versichert sind die Kosten für ärztliche verordnete Heilmittel. Dazu zählen zum Beispiel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Behandlungen, ergotherapeutische Behandlungen und podologische Behandlungen.
- Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.
- Außerdem sind bei Schwangerschaft die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik versichert.
- h) Hilfsmittel Versichert sind die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Das sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, zum Beispiel:
- Prothesen, Epithesen und Haarersatz, Behandlungs- und Kontrollgeräte, orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher und Schriftendolmetscher), künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführtieres 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, zum Beispiel:
- Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung,
 - Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz,
 - Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie.
- Wir erstatten die Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.
- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen
- Gegenstände mit geringerem therapeutischen Nutzen (zum Beispiel Blutdruckmessgeräte),
 - Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (zum Beispiel Ergometer),
 - Bestrahlungsgeräte,

- TENS-Geräte,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (zum Beispiel Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte),
- nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör,
- 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 - empfehlen wir, uns vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmenia Gesundheitservice dann, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen möglich ist. Ein entsprechendes Angebot ist für Sie unverbindlich und freiwillig.

Die Kosten der nachgenannten Hilfsmittel sind in folgender Höhe erstattungsfähig:

- Versichert sind die Kosten für Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von **400 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren**. Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein. Eine Verordnung des Augenarztes brauchen wir nicht.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie bis zu 120 EUR (400 EUR * 30 % = 120 EUR) für Sehhilfen.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug von Sehhilfen entsteht nach zwei Kalenderjahren. Vor Ablauf von zwei Kalenderjahren entsteht erneuter Anspruch für Sehhilfen bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

- Versichert sind die Kosten für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von **2.000 EUR je Ohr**.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie bis zu 600 EUR (2.000 EUR * 30 % = 600 EUR) je Ohr für Hörgeräte.

i) Ambulante Transporte

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

Versichert sind außerdem Fahrten

- bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie;
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation);
- bei ambulanten Behandlungen, wenn
 - eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder
 - Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 sind.
- bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit zum und vom Arzt oder Krankenhaus.

Werden die unter Ziffer 1 i) genannten Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird ein Kilometersatz zu Grunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetzes geregelt ist.

j) Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung oder Schwangerschaft und Entbindung

Versichert sind die Kosten für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung, Krankenhausbehandlung und bei Schwangerschaft und Entbindung bis maximal **50 EUR pro Tag für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr**.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe maximal 15 EUR am Tag (50 EUR * 30 % = 15 EUR) für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr.

Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

oder

- Sie sind wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung außerhäuslich untergebracht und können den Haushalt nach ärztlichem Attest deshalb nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen.

Besteht gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Haushaltshilfen (mit Ausnahme des Beihilfeträgers), sind diese in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

k) Häusliche Krankenpflege

Versichert sind die Kosten für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, wenn keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Versichert sind

- 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 pro Kalenderjahr, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.
- Leistungen der Unterstützungspflege
Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr verordnet werden wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (zum Beispiel ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

l) Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Versichert sind die Kosten für Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
- die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt und
- es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15 %.

Eine Kinderwunschbehandlung ist sehr kostenintensiv. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Klärung Ihrer Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermazellen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

m) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Versichert sind die Kosten für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV), die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses soll die SAPV darauf abzielen, Sie in der vertrauten häuslichen Umgebung zu betreuen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime.

Voraussetzung ist, dass

- die versicherte Person unter einer nichtheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- durch die begrenzte Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

n) Sozialpädiatrie und Frühförderung

Versichert sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Das gilt für Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

o) Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Versichert sind die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

2. Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die Kosten im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Die Kosten einer stationären Heilbehandlung nach den Ziffern 2 a) bis d) ersetzen wir mit dem Leistungs- Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

- a) Stationäre Heilbehandlung Versichert sind die Kosten für
- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
 - b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
 - c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
 - d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.
- b) Rooming-In Versichert sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
- c) Stationäre Hospizleistung Versichert sind die Kosten für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird.
- Voraussetzung ist, dass
- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
 - eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
- Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- d) Stationäre Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf Versichert ist die stationäre Kurzzeitpflege (Grund- und Behandlungspflege)
- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt,
 - bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung,
 - nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituation, in der eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.
- Wir erkennen die Anspruchsdauer und -höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- 3. Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen und Zahnersatz**
- a) Zahnbehandlung Versichert sind die Kosten für Zahnbehandlung. Dazu zählen zum Beispiel:
- Füllungen einschließlich Inlays,
 - Extraktionen,
 - Wurzelbehandlungen,
 - Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- b) Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen Versichert sind die Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen. Dazu zählen zum Beispiel:
- 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.

Wenn Sie zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen handelt.

c) Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

Versichert sind die Kosten für Zahnersatz. Dazu zählen zum Beispiel:

- Prothesen,
- Stiftzähne,
- Brücken,
- Kronen,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Vor- und Nachbehandlungen (zum Beispiel Knochenaufbau) und Reparaturen sowie
- Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- In den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 5.000 EUR unabhängig von der versicherten Leistungsstufe.
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Der Höchstbetrag entfällt, wenn die Kosten auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

4. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

a) Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht. Diese sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Voraussetzung ist, dass die digitale Gesundheitsanwendung

- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder
- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.

Der Versicherer ersetzt nicht die Kosten für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

b) Kurbehandlung

Die Kosten für ambulante und stationäre Kurbehandlungen ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

Bei einer 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 Kosten 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.

Die Kosten für eine Kur erstatten wir einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren. Die Kosten für die Unterbringung sind nicht versichert.

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

c) Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt

Wir zahlen ein Kur-Tagegeld in Höhe von **100 EUR je Tag** unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz. Es wird maximal für die Dauer von 28 Tagen gezahlt. Das Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt wird aus dem Tarif GK20P nicht zusätzlich bezahlt.

Wir zahlen das Kur-Tagegeld, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Die versicherte Person muss vor der Kur mindestens fünf Tage stationär im Krankenhaus behandelt worden sein.
- b) Die Kur beginnt spätestens sechs Monate nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus.
- c) Die Kur wird vom behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet.
- d) Die Kur muss unter ständiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden.

Damit Sie das Kur-Tagegeld erhalten, reichen Sie bitte einen Nachweis ein, aus dem die Dauer der Kur ersichtlich ist.

d) Rücktransport und Überführung

Die Kosten für folgende Rücktransporte aus dem Ausland ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe:

- Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfall an den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden muss. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
- Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person schwer erkrankt oder verletzt ist. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Überführung
Wenn die versicherte Person im Ausland verstirbt, erhalten Sie bis zu 10.000 EUR für die Kosten der Überführung des Verstorbenen oder für die Kosten seiner Bestattung am Sterbeort.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie maximal 3.000 EUR (10.000 EUR * 30 % = 3.000 EUR) für die Kosten der Überführung oder für die Kosten der Bestattung am Sterbeort.

e) Soziotherapie

Die Kosten einer Soziotherapie ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

Versichert sind die Kosten 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.

Wir leisten für Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn wir eine schriftliche Zusage erteilt haben.

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

f) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

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 Genau-Für-Sie Krankenversicherung versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung einschließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

g) Optionsrechte

In welchen Fällen können Sie den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erweitern?

Sie haben das Recht den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung zu bestimmten Optionszeitpunkten bzw. bei bestimmten Ereignissen (Buchstaben a bis c) um die folgenden Tarife zu erweitern:

- Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (zum Beispiel Genau-Für-Sie 2-Bett bzw. Genau-Für-Sie 1-Bett)
- Beihilfe-Ergänzungstarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (zum Beispiel Genau-Für-Sie Ergänzung bzw. Genau-Für-Sie Ergänzung Plus)
- Einmal ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 EUR
- Einmal eine Pflegeergänzungsversicherung mit einem Monats- bzw. Tagegeld bis zu 2.000 EUR pro Monat in Pflegegrad 5

Wann können Sie von Ihren Optionsrechten Gebrauch machen?

a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten

Nach Ablauf von **drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren** (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung an) haben Sie einmalig das Recht, den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung um die

unter Ziffer 4 g) genannten Tarife zu erweitern. Voraussetzung ist, dass die Tariffinzunahme vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres beantragt wird. Die Tariffinzunahme erfolgt dann zum 01. des darauffolgenden Monats.

Voraussetzung ist, dass in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenvollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung AG bestand.

b) Optionsrecht bei Ernennung zum Beamten auf Probe, Zeit oder Lebenszeit

Werden Sie erstmals zum **Beamten auf Probe, Zeit oder Lebenszeit** ernannt, haben Sie einmalig das Recht, den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung um die unter Ziffer 4 g) genannten Tarife zu erweitern. Voraussetzung ist, dass der Antrag innerhalb von zwei Monaten seit Übergabe der Ernennungsurkunde bei der Barmenia eingeht. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum 01. des auf die Beantragung folgenden Monats.

c) Optionsrecht bei Entsendung ins Ausland

Sie haben das Recht, innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn der Genau-Für-Sie Krankenversicherung an) bei einer **Entsendung ins Ausland** den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung um die unter Ziffer 4 g) genannten Tarife zu erweitern. Voraussetzung ist, dass der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten ab Entsendung ins Ausland bei der Barmenia eingehen. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum Zeitpunkt der Entsendung ins Ausland.

Wann können Sie von Ihrem Optionsrecht auf ein Krankentagegeld Gebrauch machen?

d) Optionsrecht bei Fortfall des Beihilfeanspruchs

Sie haben das Recht, nach Fortfall des Beihilfeanspruchs und gleichzeitiger Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit oder einer Tätigkeit als Arbeitnehmer, zusätzlich ein Krankentagegeld zu vereinbaren,

- für Selbstständige ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
- für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit

bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch 140 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer.

Wir werden einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum 01. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Die Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt.

Was gilt, wenn Sie von Ihrem Optionsrecht Gebrauch machen?

Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Zeitpunkt der Tariffinzunahme an wirksam.

Was ist bei Hinzunahme der neuen Tarife für die Beitragszahlung wichtig?

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Es errechnet sich aus Kalenderjahr minus Geburtsjahr. Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.

Wann gelten die Optionsrechte nicht?

Alle unter Ziffer 4 g) genannten Optionsrechte gelten nicht, wenn der Vertrag auf Grund der Annahmeverpflichtung des Versicherers zustande gekommen ist (Öffnungsaktion).

h) Anpassungsrecht

Welche Rechte haben Sie, wenn sich der Beihilfebemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt?

Wenn sich für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfebemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt, können Sie den Versicherungsschutz entsprechend anpassen. Ist eine Anpassung innerhalb des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung nicht möglich, können andere für den Neuzugang geöffnete Tarife gewählt werden.

Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wir werden einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird. Hinweis: Bitte legen Sie Ihrem Antrag den Nachweis Ihrer Beihilfestelle bei. Die Vertragsänderung wird dann zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder dem Wegfall des Beihilfeanspruchs wirksam. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gewährt.

Beispiel:

Aktuelle Situation (Beihilfeberechtigter Bund mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern):

- Beihilfeanspruch (Beihilfebemessungssatz): 70 %
- Leistungs-Prozentsatz Genau-Für-Sie Krankenversicherung: 30 %

01.03.2023 (Beihilfeberechtigter Bund mit einem berücksichtigungsfähigen Kind):

- neuer Beihilfeanspruch (Beihilfebemessungssatz): 50 %
- erforderlicher Leistungs-Prozentsatz Genau-Für-Sie Krankenversicherung: 50 %

Zeitraum zum Antrag auf Änderung des Leistungs-Prozentsatzes: 01.03. – 31.08.2023

Geht der Antrag auf Änderung des Leistungs-Prozentsatzes bis zum 31.08.2023 ein, wird die Vertragsänderung rückwirkend zum 01.03.2023 wirksam.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

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.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz**, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt wird. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

2. Was gilt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen?

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.

3. Welche Leistungen wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus?

Zu § 4 (4.5) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen leisten wir im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht.

Zu § 4 (10) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1 a), für die Entbindung außerhalb des Krankenhauses nach Ziffer 1 f) sowie für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 3 b) wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs aus, wenn für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen oder eine Entbindung außerhalb des Krankenhauses handelt.

4. Was ist zu beachten, wenn auch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?

Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

5. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?

Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.

6. Wann endet die Versicherung?

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

- a) Die Versicherung nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe. Sie können dann im Rahmen von Abschnitt B. Ziffer 4 h (Anpassungsrecht) die Weiterversicherung in einem anderen für den Neuzugang geöffneten Tarif des Versicherers verlangen.
- b) Mit der Beendigung der Versicherung nach den Leistungsstufen GK30 oder GK50 endet auch die Versicherung nach der Leistungsstufe GK20P.
- c) Wenn Sie die Leistungsstufen GK30 und GK20P vereinbart haben, endet die Leistungsstufe GK20P mit Eintritt des Versorgungsfalles.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

<ul style="list-style-type: none"> • Akupressur 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasgemischinjektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthomolekulare Medizin
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hautwiderstandsmessungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopathie
<ul style="list-style-type: none"> • Anthroposophische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmagnetische Behandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Antihomotoxische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
<ul style="list-style-type: none"> • Aromatherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöosiniatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Phytotherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Ausleitende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> - Aderlass - Baunscheid-Behandlung - Bier'sche Stauung - Bluteigelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteomik
<ul style="list-style-type: none"> • Ayurveda 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperthermie 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexzonenmassage
<ul style="list-style-type: none"> • Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler 	<ul style="list-style-type: none"> • Irisdiagnostik (Augendiagnostik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regena-Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Isopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulationsmedizin und Matrixtherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Roeder'sches Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinochrom-Reaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Kristallographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Chiropraktik (Chirotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lasertherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
<ul style="list-style-type: none"> • Colon-Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenblutbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphdrainage 	<ul style="list-style-type: none"> • Spagyrik
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenharnbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermographie
<ul style="list-style-type: none"> • Elementar-Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervenpunktmassage 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermoherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Enzymtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuraltherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung bei Allergien¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nosodentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschalltherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Feldenkrais-Methode 	<ul style="list-style-type: none"> • Organotherapie (einschließlich Thymus-therapie, Zelltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

¹ Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.



Tarif Genau-Für-Sie 1-Bett

Differenzkosten Einbett- zum Zweibettzimmer im Krankenhaus für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie 1-Bett** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Genau-Für-Sie 1-Bett**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie 1-Bett** im Versicherungsschein: **G1B**

Stand: 01.07.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie 1-Bett**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

	Leistungsstufe Erstattung
Stationäre Heilbehandlung	
- Differenzkosten Einbett- zum Zweibettzimmer	zu 100 %
Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld	
	maximal 3 Monate

Übersicht 1: Leistungstabelle

Name im Versicherungsschein	Leistungsstufe	Leistungs-Prozentsatz Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für eine Unterkunft und Verpflegung im Einbett- zum Zweibettzimmer
Genau-Für-Sie 1-Bett	G1B	100 %

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie 1-Bett** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie 1-Bett** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Den Tarif **Genau-Für-Sie 1-Bett** können Sie nur in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett der Barmenia vereinbaren. Endet der Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett, endet gleichzeitig auch der Tarif **Genau-Für-Sie 1-Bett**.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die Differenzkosten zwischen einer Unterkunft und Verpflegung im Einbett- zum Zweibettzimmer. Gemeinsam mit dem Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett sind die Kosten für das Einbettzimmer in vollem Umfang versichert.

Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer

Versichert sind bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für eine Unterkunft und Verpflegung im Einbett- zum Zweibettzimmer zu 100 %.

2. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie 1-Bett.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie 1-Bett für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

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 Genau-Für-Sie 1-Bett versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie 1-Bett einschließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

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.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Zu § 3 (2.1) TB/KK 13: Wartezeiten

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz**.

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.

3. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?

Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Nach dem Tarif Genau-Für-Sie 1-Bett beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.

4. Wann endet die Versicherung?

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

Endet der Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett, endet gleichzeitig auch Tarif Genau-Für-Sie 1-Bett.



Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett

Unterkunft im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie 2-Bett** im Versicherungsschein: **siehe Übersicht 1 - Leistungstabelle**

Stand: 01.07.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie 2-Bett**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

	Leistungsstufe Erstattung
Stationäre Heilbehandlung <ul style="list-style-type: none">- Unterkunft im Zweibettzimmer- Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	} zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen
Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus	
Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld	maximal drei Monate

Übersicht 1: Leistungstabelle

Name im Versicherungsschein	Leistungsstufe	Leistungs-Prozentsatz Wahlleistungen im Krankenhaus und privatärztliche Behandlung
Genau-Für-Sie 2-Bett 10	G2B10	10 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 15	G2B15	15 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 20	G2B20	20 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 20P	G2B20P*	20 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 25	G2B25	25 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 30	G2B30	30 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 35	G2B35	35 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 40	G2B40	40 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 45	G2B45	45 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 50	G2B50	50 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 55	G2B55	55 %
Genau-Für-Sie 2-Bett 100	G2B100	100 %

* Die Leistungsstufe G2B20P entfällt mit Eintritt des Versorgungsfalles (siehe auch Abschnitt D. Ziffer 6 c).

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Den Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** können Sie nur in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung der Barmenia vereinbaren.

Endet der Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, endet gleichzeitig auch Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett**.

Das gilt nicht für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören und Anspruch auf Beihilfe für stationäre Wahlleistungen haben. In diesem Fall kann der Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** ohne den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung vereinbart werden.

Der Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** sieht mehrere Leistungsstufen vor. Folgende Punkte sind im Zusammenhang mit der Leistungsstufe G2B20P wichtig für Sie:

- Die Leistungsstufe G2B20P können Sie nur zusammen mit der Leistungsstufe G2B30 oder G2B50 vereinbaren. Die Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Zweibettzimmer oder bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung, die Sie unabhängig von ihrem vereinbarten Leistungs-Prozentsatz erhalten, werden aus der Leistungsstufe G2B30 oder G2B50 gezahlt. Die Ausgleichszahlung wird aus der Leistungsstufe G2B20P nicht zusätzlich gezahlt.
- Nach den Leistungsstufen G2B30 und G2B20P beträgt der Leistungs-Prozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Danach reduziert sich der Leistungs-Prozentsatz auf 30 % durch Wegfall der Leistungsstufe G2B20P. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Ist durch Ihren Beihilfeträger eine andere Regelung vorgesehen, muss an Stelle des Versicherungsschutzes nach den Leistungsstufen G2B30 und G2B20P die Leistungsstufe G2B50 vereinbart werden. Sollte die Umstellung auf die

Leistungsstufe G2B30 mit dem Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein Leistungs-Prozentsatz von 50 % benötigt wird, so ist eine Umstellung auf die Leistungsstufe G2B50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Genau-Für-Sie 2-Bett** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt.

Sie vereinbaren mit der Barmenia eine prozentuale Kostenerstattung (Leistungs-Prozentsatz). Zusätzlich haben Sie unabhängig vom versicherten Leistungs-Prozentsatz eine Ersatzleistung versichert, wenn Sie das Zweibettzimmer oder die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus nicht in Anspruch nehmen. Die Ausgleichszahlung wird aus der Leistungsstufe G2B20P nicht zusätzlich bezahlt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Die Barmenia ersetzt im Rahmen des Versicherungsvertrages die nachgewiesenen Kosten im Umfang der vereinbarten Leistungsstufe. Beispiele:

- **Sie haben die Leistungsstufe G2B30 vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz ist 30 %.
- **Sie haben die Leistungsstufen G2B30 und G2B20P vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz liegt zusammen bei 50 %. Die Ersatzleistung bei Verzicht auf das Zweibettzimmer oder bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus wird aus der Leistungsstufe G2B20P nicht zusätzlich bezahlt.
- **Sie haben die Leistungsstufe G2B100 vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz ist 100 %.

Details zum versicherten Leistungs-Prozentsatz finden Sie in der Leistungstabelle (Übersicht 1).

1. Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer sowie die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Behandlung.

Die Kosten einer stationären Heilbehandlung nach den Ziffern 1 a) und c) ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

a) Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer

Versichert sind die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt. Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden. In dem Fall übernehmen wir die Kosten in Höhe des Zweibettzimmers.

Unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz sind in diesem Zusammenhang auch mögliche Zuzahlungen, die Sie nach den Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung selbst zu tragen haben, versichert. Bitte reichen Sie uns dazu den Beihilfebescheid ein.

b) Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Zweibettzimmer

An Stelle des Kostenersatzes für die Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer, können Sie ein Krankenhaustagegeld wählen:

Unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz erhalten Sie **15 EUR** für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

- c) Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarztbehandlung)
- Versichert sind die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei stationärer Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt.
- Unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz sind in diesem Zusammenhang auch mögliche Zuzahlungen, die Sie nach den Beihilfavorschriften in der jeweils gültigen Fassung selbst zu tragen haben, versichert. Bitte reichen Sie uns dazu den Beihilfebescheid ein.
- d) Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung
- An Stelle des Kostenersatzes für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt, können Sie ein Krankenhaustagegeld wählen:
- Unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz erhalten Sie **15 EUR** für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.
- e) Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus
- Versichert sind die Kosten für eine einmalige Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands. Diese Kosten werden einmalig je Krankenhausaufenthalt bezahlt. Diese Leistung erhalten Sie in voller Höhe, unabhängig vom versicherten Leistungs-Prozentsatz. Eine intensivmedizinische Betreuung während des Transports ist im Rahmen der Wunschverlegung nicht erstattungsfähig.
- f) Verbleibende Restkosten
- Die nach Ziffer 1 a) und c) verbleibenden Kosten werden nach Vorleistung der Beihilfe in voller Höhe übernommen. Bitte reichen Sie uns dazu den Beihilfebescheid ein.

2. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

- a) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

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 Genau-Für-Sie 2-Bett versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie 2-Bett einschließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

- b) Anpassungsrecht

Welche Rechte haben Sie, wenn sich der Beihilfemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt?

Wenn sich für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt, können Sie den Versicherungsschutz entsprechend anpassen. Ist eine Anpassung innerhalb des Tarifs Genau-Für-Sie 2-Bett nicht möglich, können andere für den Neuzugang geöffnete Tarife gewählt werden.

Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Beihilfemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wir werden einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird. Hinweis: Bitte legen Sie Ihrem Antrag den Nachweis Ihrer Beihilfestelle bei. Die Vertragsänderung wird dann zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfemessungssatzes oder dem Wegfall des Beihilfeanspruchs wirksam. Die erhöhten

Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gewährt.

Beispiel:

Aktuelle Situation (Beihilfeberechtigter Bund mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern):

- Beihilfeanspruch (Beihilfebemessungssatz): 70 %
- Leistungs-Prozentsatz Genau-Für-Sie 2-Bett: 30 %

01.03.2023 (Beihilfeberechtigter Bund mit einem berücksichtigungsfähigen Kind):

- neuer Beihilfeanspruch (Beihilfebemessungssatz): 50 %
- erforderlicher Leistungs-Prozentsatz Genau-Für-Sie 2-Bett: 50 %

Zeitraum zum Antrag auf Änderung des Leistungs-Prozentsatzes: 01.03. – 31.08.2023

Geht der Antrag auf Änderung des Leistungs-Prozentsatzes bis zum 31.08.2023 ein, wird die Vertragsänderung rückwirkend zum 01.03.2023 wirksam.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

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.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt ihr Versicherungsschutz?

Zu § 3 (2.1) TB/KK 13: Wartezeiten

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz**.

3. Was gilt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen?

Zu § 4 (4.5) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen leisten wir im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht.

4. Was ist zu beachten, wenn auch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?

Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch

dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

5. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?

Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Nach dem Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.

6. Wann endet die Versicherung?

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

- a) Die Versicherung nach dem Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe. Sie können dann im Rahmen von Abschnitt B. Ziffer 2 b (Anpassungsrecht) die Weiterversicherung in einen anderen für den Neuzugang geöffneten Tarif des Versicherers verlangen.
- b) Mit der Beendigung der Versicherung nach den Leistungsstufen G2B30 oder G2B50 endet auch die Versicherung nach der Leistungsstufe G2B20P.
- c) Wenn Sie die Leistungsstufen G2B30 und G2B20P vereinbart haben, endet die Leistungsstufe G2B20P mit Eintritt des Versorgungsfalles.
- d) Endet der Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, endet gleichzeitig auch Tarif Genau-Für-Sie 2-Bett.



Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung

Ergänzungstarif mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung und Zahnersatz für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie Ergänzung** im Versicherungsschein: **GE**

Stand: 01.07.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie Ergänzung**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Beihilfe-Ergänzungstarif, der die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Beihilfe und dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung übernimmt.

Versichert sind die nach Abrechnung oder Ablehnung der Beihilfe **verbleibenden Kosten für**

- **Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit**
- **Zahnärztliche Behandlung** (dazu gehören Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen sowie Zahnersatz und Kieferregulierung)

Die verbleibenden Kosten werden aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** in folgender Höhe erstattet:

Budget Sehhilfen	verbleibende Kosten bis maximal 200 EUR alle zwei Kalenderjahre
Budget operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)	verbleibende Kosten bis maximal 1.000 EUR pro Auge
Zahnersatz und Kieferregulierung	verbleibende Kosten im 1. bis 2. Kalenderjahr: 5.000 EUR und ab dem 3. Kalenderjahr: unbegrenzt
Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld	maximal 3 Monate

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Folgende Punkte sind wichtig für Sie:

- Den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** können Sie nur in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung der Barmenia vereinbaren. Dabei ist Voraussetzung, dass für die einzelne zu versichernde Person die Erstattungsprozentsätze des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung und der Beihilfebemessungssatz zusammengerechnet 100 % betragen.
- Den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** können Sie nicht in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus der Barmenia vereinbaren.
- Sie vereinbaren den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** unabhängig von der Höhe Ihres individuellen Beihilfe-Bemessungssatzes. Dies gilt auch für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt.

Der Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung übernimmt die verbleibenden Kosten für Sehhilfen, operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit und die zahnärztliche Behandlung (Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen sowie Zahnersatz und Kieferregulierung), für die ein Leistungsanspruch nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung besteht. Besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, erfolgt auch keine Leistung aus dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung.

Die in den für Sie gültigen Beihilfavorschriften festgelegten Kostendämpfungspauschalen sind nicht versichert.

Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch dann, wenn die Beihilfe nicht vorleistet. Zustehende Leistungen der Beihilfe müssen in Anspruch genommen werden. Als Beleg dafür reicht der Beihilfe-Bescheid oder der Ablehnungs-Bescheid der Beihilfe aus. Leistungen, die nicht fristgerecht bei der Beihilfe eingereicht werden, sind nicht über den Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung versichert.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung** übernimmt die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Beihilfe (nicht Voraussetzung) und dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung für Sehhilfen, operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit und die zahnärztliche Behandlung (Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen sowie Zahnersatz und Kieferregulierung).

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

1. Verbleibende Kosten für Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit

a) Budget für Sehhilfen

Die verbleibenden Kosten für Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir wie folgt:

Die verbleibenden Kosten für Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen erstatten wir bis zu **200 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren**.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Kalenderjahren. Vor Ablauf von zwei Kalenderjahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

b) Budget für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)

Versichert sind die verbleibenden Kosten für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Sie werden ersetzt bis zu **1.000 EUR je Auge**. Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

2. Verbleibende Kosten für Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen und Zahnersatz

a) Verbleibende Kosten für Zahnbehandlung

Die verbleibenden Kosten für zahnärztliche Behandlungen des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe.

Die verbleibenden Kosten für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung ersetzen wir in voller Höhe (**Begrenzung in den ersten beiden Kalenderjahren**).

Dazu zählen zum Beispiel:

- Füllungen einschließlich Inlays,
- Extraktionen,
- Wurzelbehandlungen,
- Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

b) Verbleibende Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen

Dazu zählen zum Beispiel:

- 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.

Wenn Sie zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen handelt.

c) Verbleibende Kosten für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Prothesen,
- Stiftzähne,
- Brücken,
- Kronen,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Vor- und Nachbehandlungen (zum Beispiel Knochenaufbau) und Reparaturen sowie
- Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Sie erhalten die verbleibenden Kosten in folgender Höhe erstattet:

- In den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 5.000 EUR.
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Der Höchstbetrag entfällt, wenn die Kosten auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

- a) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie-Ergänzung für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

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 Genau-Für-Sie Ergänzung versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie Ergänzung einschließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

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.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz**, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt wird. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

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.

2. Welche Leistungen wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus?

Zu § 4 (10) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht

Leistungen für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 2 b) wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs aus, wenn für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt.

3. Nachweis der Kosten

Zu § 6 (1) MB/KK 09: Auszahlung der Versicherungsleistungen

Anhand des Beihilfe-Bescheids bzw. Ablehnungs-Bescheids der Beihilfe ist der beihilfefähige Betrag und der Beihilfebemessungssatz pro Rechnung nachzuweisen.

4. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?

Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Nach dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.

5. Wann endet die Versicherung?

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

- a) Die Versicherung nach dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe.
- b) Endet der Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, endet gleichzeitig auch Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung.



Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus

Ergänzungstarif mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung, allgemeine Krankenhausleistungen, Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kuren für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** im Versicherungsschein: **GEP**

Stand: 01.07.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Beihilfe-Ergänzungstarif, der die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Beihilfe und dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung übernimmt.

Versichert sind die nach Abrechnung oder Ablehnung der Beihilfe **verbleibenden Kosten für**

- **ambulante Heilbehandlung** (z. B. Vorsorgeuntersuchungen und Arznei- und Verbandmittel)
- **stationäre Heilbehandlung** (z. B. Transportkosten zum Krankenhaus)
- **zahnärztliche Behandlung** (z. B. professionelle Zahnreinigung, Zahnersatz mit Implantatversorgung)
- **weitere Leistungen analog zu dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung**

Die verbleibenden Kosten werden aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** in voller Höhe erstattet. Für folgende Leistungen gibt es Budget-Grenzen:

Budget Sehhilfen	verbleibende Kosten bis maximal 400 EUR alle zwei Kalenderjahre
-------------------------	---

Budget operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)	verbleibende Kosten bis maximal 2.000 EUR pro Auge
---	--

Budget Behandlung durch Heilpraktiker	verbleibende Kosten bis maximal 2.000 EUR pro Kalenderjahr
--	--

Budget Hörgeräte	verbleibende Kosten bis maximal 2.000 EUR pro Ohr
-------------------------	---

Budget Haushaltshilfe	verbleibende Kosten bis maximal 50 EUR pro Tag für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr
------------------------------	--

Zahnersatz und Kieferregulierung	verbleibende Kosten im 1. bis 2. Kalenderjahr: 5.000 EUR und ab dem 3. Kalenderjahr: unbegrenzt
---	---

Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt	100 EUR pro Tag für maximal 28 Tage
---	-------------------------------------

Kur-Pauschale je stationärem Kuraufenthalt	1.000 EUR pro Kur
---	-------------------

Zuzahlungen	100 %
--------------------	-------

- Arznei- und Verbandmittel
- Hilfsmittel
- Heilmittel
- stationäre Zuzahlungen zu allgemeinen Krankenhausbehandlungen
- medizinische Rehabilitation und medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld	maximal 3 Monate
---	------------------

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Folgende Punkte sind wichtig für Sie:

- Den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** können Sie nur in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung der Barmenia vereinbaren. Dabei ist Voraussetzung, dass für die einzelne zu versichernde Person die Erstattungsprozentsätze des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung und der Beihilfebemessungssatz zusammengerechnet 100 % betragen.
- Den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** können Sie nicht in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung der Barmenia vereinbaren.
- Sie vereinbaren den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** unabhängig von der Höhe Ihres individuellen Beihilfe-Bemessungssatzes. Dies gilt auch für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt.

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** übernimmt die verbleibenden Kosten, für die ein Leistungsanspruch nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung besteht. Besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, erfolgt auch keine Leistung aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus**. Das gilt nicht für Zuzahlungen nach Abschnitt B, Ziffer 4 h dieses Tarifs.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Die in den für Sie gültigen Beihilfevorschriften festgelegten Kostendämpfungspauschalen sind nicht versichert.

Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch dann, wenn die Beihilfe nicht vorleistet. Zustehende Leistungen der Beihilfe müssen in Anspruch genommen werden. Als Beleg dafür reicht der Beihilfe-Bescheid oder der Ablehnungs-Bescheid der Beihilfe aus. Leistungen, die nicht fristgerecht bei der Beihilfe eingereicht werden, sind nicht über den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** versichert.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren über den Gebührenrahmen des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** übernimmt die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Beihilfe (nicht Voraussetzung) und dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung in voller Höhe. Für einige Leistungen gibt es Budget-Grenzen.

1. Verbleibende Kosten für ambulante Heilbehandlung

Die verbleibenden Kosten einer ambulanten Heilbehandlung des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe. Für einige Leistungen gibt es **Budget-Grenzen**:

a) Ambulante Heilbehandlung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Wenn Sie Vorsorgeuntersuchungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Noch ein Hinweis für Sie: Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelt.

- ärztlich verordnete Arzneimittel. Dazu zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

- ärztlich verordnete Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.
- ärztlich verordnete Patientenschulungen (Erst- und Folgeschulungen) für chronisch Kranke. Dazu gehören zum Beispiel: Patientenschulungen für Diabetiker oder Asthmatiker.
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (einschließlich reise- und berufsbedingte Schutzimpfungen). Wir erstatten zum Beispiel die Kosten für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Wenn Sie Schutzimpfungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.

- Versichert sind die verbleibenden Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

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

b) Budget für Behandlungen durch Heilpraktiker

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker. Dazu zählen auch Heilpraktiker mit einer beschränkten Zulassung (sektorale Heilpraktiker) für zum Beispiel den Bereich Physiotherapie. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1. Sie werden ersetzt bis zu **2.000 EUR pro Kalenderjahr**.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

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

c) Psychotherapeutische Behandlung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich psychologischer Diagnostik.

d) Budget für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)

Versichert sind die verbleibenden Kosten für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Sie werden ersetzt bis zu **2.000 EUR je Auge**. Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

e) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die im Rahmen von Schwangerschaftsvorsorge oder -nachsorge, Entbindung und Fehlgeburt anfallen.

f) Heilmittel

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel. Dazu zählen zum Beispiel:

medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Behandlungen, ergotherapeutische Behandlungen und podologische Behandlungen.

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

Außerdem sind bei Schwangerschaft die verbleibenden Kosten für Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik versichert.

g) Hilfsmittel

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Das sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, zum Beispiel:

Prothesen, Epithesen und Haarerersatz, Behandlungs- und Kontrollgeräte, orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher und Schriftendolmetscher), künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführtieres 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, zum Beispiel:

- Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung,
- Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz,
- Systeme zur Hemodialyse und zur Sauerstofftherapie.

Wir erstatten die verbleibenden Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen (zum Beispiel Blutdruckmessgeräte),
- Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (zum Beispiel Ergometer),
- Bestrahlungsgeräte,
- TENS-Geräte,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (zum Beispiel Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte),
- nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör,
- 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 - empfehlen wir, uns 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.

h) Budget für Sehhilfen

Die verbleibenden Kosten für Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen erstatten wir bis zu **400 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren**.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Kalenderjahren. Vor Ablauf von zwei Kalenderjahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

i) Budget für Hörgeräte

Die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Hörgeräte erstatten wir bis maximal **2.000 EUR je Ohr**.

j) Ambulante Transporte

Versichert sind die verbleibenden Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.

Versichert sind außerdem Fahrten

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

- bei ambulanten Behandlungen, wenn
 - eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder
 - Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 sind.
- bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit zum und vom Arzt oder Krankenhaus.

Werden die unter Ziffer 1 j) genannten Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird ein Kilometersatz zu Grunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetzes geregelt ist.

k) Budget für Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung oder Schwangerschaft und Entbindung

Die verbleibenden Kosten für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung, Krankenhausbehandlung und bei Schwangerschaft und Entbindung erstatten wir bis maximal **50 EUR pro Tag** für bis zu **50 Tage pro Kalenderjahr**.

Voraussetzung für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

oder

- Sie sind wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung außerhäuslich untergebracht und können den Haushalt nach ärztlichem Attest deshalb nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Voraussetzung für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen.

Besteht gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Haushaltshilfen (mit Ausnahme des Beihilfeträgers), sind diese in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

l) Häusliche Krankenpflege

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, wenn keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Versichert sind

- 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 pro Kalenderjahr, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.

- Leistungen der Unterstützungspflege
Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr verordnet werden wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (zum Beispiel ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

m) Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
- die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt und
- es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15 %.

Eine Kinderwunschbehandlung ist sehr kostenintensiv. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Klärung Ihrer Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermienzellen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

n) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV), die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses soll die SAPV darauf abzielen, Sie in der vertrauten häuslichen Umgebung zu betreuen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime.

Voraussetzung ist, dass

- die versicherte Person unter einer nichtheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- durch die begrenzte Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

o) Sozialpädiatrie und Frühförderung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für sozialpädiatrische Behandlung sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Das gilt für Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

p) Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Versichert sind die verbleibenden Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung not-

wendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

2. Verbleibende Kosten für stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die verbleibenden Kosten im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

a) Stationäre Heilbehandlung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für:

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

b) Rooming-In

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Unterbringung und Verpflegung, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.

Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.

c) Stationäre Hospizleistung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.

Voraussetzung ist, dass

- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

d) Stationäre Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf

Versichert sind die verbleibenden Kosten für die stationäre Kurzzeitpflege (Grund- und Behandlungspflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung,
- nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituation, in der eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

Wir erkennen die Anspruchsdauer und -höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

3. Verbleibende Kosten für Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen und Zahnersatz

Die verbleibenden Kosten für zahnärztliche Behandlungen des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe.

Die verbleibenden Kosten für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung ersetzen wir in voller Höhe (**Begrenzung in den ersten beiden Kalenderjahren**).

a) Verbleibende Kosten für Zahnbehandlung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Füllungen einschließlich Inlays,
- Extraktionen,
- Wurzelbehandlungen,
- Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

b) Verbleibende Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen

Dazu zählen zum Beispiel:

- 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.

Wenn Sie zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen handelt.

c) Verbleibende Kosten für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Prothesen,
- Stiftzähne,
- Brücken,
- Kronen,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Vor- und Nachbehandlungen (zum Beispiel Knochenaufbau) und Reparaturen sowie
- Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Sie erhalten die verbleibenden Kosten in folgender Höhe erstattet:

- In den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 5.000 EUR.
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Der Höchstbetrag entfällt, wenn die Kosten auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

4. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

a) Digitale Gesundheitsanwendungen

Die verbleibenden Kosten für weitere Leistungen des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe. Für einige Leistungen gibt es **Budget-Grenzen**:

Versichert sind die verbleibenden Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht. Diese sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Voraussetzung ist, dass die digitale Gesundheitsanwendung

- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder

- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.

Der Versicherer ersetzt nicht die Kosten für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

b) Kurbehandlung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ambulante und stationäre Kurbehandlungen.

Bei einer 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 Kosten 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 Kosten für eine Kur erstatten wir einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren. Die Kosten für die Unterbringung sind nicht versichert.

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

c) Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt

Wir zahlen ein Kur-Tagegeld in Höhe von **100 EUR je Tag**. Es wird maximal für die Dauer von 28 Tagen gezahlt.

Wir zahlen das Kur-Tagegeld, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person muss vor der Kur mindestens fünf Tage stationär im Krankenhaus behandelt worden sein.
- Die Kur beginnt spätestens sechs Monate nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus.
- Die Kur wird von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet.
- Die Kur muss unter ständiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden.

Damit Sie das Kur-Tagegeld erhalten, reichen Sie bitte einen Nachweis ein, aus dem die Dauer der Kur ersichtlich ist.

d) Kur-Pauschale

Die Kur-Pauschale beträgt **1.000 EUR je stationärem Kuraufenthalt** für die behandlungsbedürftige Person.

Bei einer stationären 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, erhalten Sie auf Antrag eine Kur-Pauschale.

Damit Sie die Kur-Pauschale erhalten, reichen Sie bitte einen Nachweis ein, aus dem der stationäre Kur-Aufenthalt ersichtlich ist.

e) Rücktransport und Überführung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für folgende Rücktransporte aus dem Ausland:

- Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfall an den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden muss. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.

- Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person schwer erkrankt oder verletzt ist. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Überführung
Wenn die versicherte Person im Ausland verstirbt, erhalten Sie bis zu 10.000 EUR für die verbleibenden Kosten der Überführung des Verstorbenen oder für die Kosten seiner Bestattung am Sterbeort.

f) Soziotherapie

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Soziotherapie.

Versichert sind die Kosten 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.

Wir leisten für Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn wir eine schriftliche Zusage erteilt haben.

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

g) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

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 Genau-Für-Sie Ergänzung Plus versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie Ergänzung Plus einschließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

h) Zuzahlungen

Versichert sind die in den gültigen Beihilfavorschriften festgelegten Zuzahlungen. Diese ersetzen wir in voller Höhe. Unabhängig davon, ob nach Vorleistung der Beihilfe und Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung Kosten verbleiben oder nicht, werden die Zuzahlungen aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** übernommen.

Versichert sind folgende Zuzahlungen, die Sie nach den Beihilfavorschriften in der jeweils gültigen Fassung in folgenden Bereichen selbst zu tragen haben:

- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel,
- Heilmittel,
- allgemeine stationäre Krankenhausbehandlungen,
- medizinische Rehabilitation und,
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.

Die in den für Sie gültigen Beihilfavorschriften festgelegten Kostendämpfungspauschalen sind nicht versichert.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

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.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz**, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt wird. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

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.

2. Was gilt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen?

Zu § 4 (4.5) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen leisten wir im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht.

3. Welche Leistungen wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus?

Zu § 4 (10) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1 a), sowie für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 3 b) wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs aus, wenn für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen handelt.

4. Nachweis der Kosten

Zu § 6 (1) MB/KK 09: Auszahlung der Versicherungsleistungen

Anhand des Beihilfe-Bescheids bzw. Ablehnungs-Bescheids der Beihilfe ist der beihilfefähige Betrag und der Beihilfebemessungssatz pro Rechnung nachzuweisen.

5. Was ist zu beachten, wenn auch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?

Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

6. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?

Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Nach dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.

7. Wann endet die Versicherung?

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

- a) Die Versicherung nach dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe.
- b) Endet der Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, endet gleichzeitig auch Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

<ul style="list-style-type: none"> • Akupressur 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasgemischinjektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthomolekulare Medizin
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hautwiderstandsmessungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopathie
<ul style="list-style-type: none"> • Anthroposophische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmagnetische Behandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Antihomotoxische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermalpunktur)
<ul style="list-style-type: none"> • Aromatherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöosiniatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Phytotherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Ausleitende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> - Aderlass - Baunscheid-Behandlung - Bier'sche Stauung - Blutegelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteomik
<ul style="list-style-type: none"> • Ayurveda 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperthermie 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexzonenmassage
<ul style="list-style-type: none"> • Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler 	<ul style="list-style-type: none"> • Irisdiagnostik (Augendiagnostik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regena-Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Isopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulationsmedizin und Matrixtherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Roeder'sches Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinochrom-Reaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Kristallographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Chiropraktik (Chirotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lasertherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
<ul style="list-style-type: none"> • Colon-Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenblutbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphdrainage 	<ul style="list-style-type: none"> • Spagyrik
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenharnbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermographie
<ul style="list-style-type: none"> • Elementar-Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervenpunktmassage 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermoherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Enzymtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuraltherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung bei Allergien¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nosodentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschalltherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Feldenkrais-Methode 	<ul style="list-style-type: none"> • Organotherapie (einschließlich Thymus-therapie, Zelltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

¹ Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.