Krankheitskostenversicherung

Tarif Budget Premium 600

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Ergänzungstarif für Personen, die bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, der mit der Barmenia Krankenversicherung AG einen Vertrag über eine betriebliche Krankenversicherung abgeschlossen hat.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Budget Premium 600** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung:

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung **(AVB/bKZV)**
Den Teil I finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil II Tarif **Budget Premium 600**. Der Teil II liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Budget Premium 600** im Versicherungsschein: **BP6**

Stand: 01.01.2027

Unsere Leistungen im Überblick
Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Budget Premium 600.** Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Leistungen	Erstattung zu	pro Kalenderjahr bis zu	
Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik, Massagen, Logopädie) Hilfsmittel (zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle)	100 %		**für alle Leistungen zusammen: insgesamt bis zu 600 EUR pro Kalenderjahr**
Arznei- und Verbandmittel	100 %		
Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker (zum Beispiel Akupunktur, Osteopathie, Chiropraktik)	100 %		
Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK-Operationen)	100 %		
Krankenhaustagegeld bei stationärem Krankenhausaufenthalt	15 EUR/Tag		
Ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte	100 %		
Ausgewählte individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) (Stoßwellentherapie, Hyaluronsäure-Injektionen in Gelenke)	100 %		
Schutzimpfungen (zum Beispiel Reiseschutzimpfungen)	100 %		
Präventionskurse nach § 20 SGB V	100 %		
Zahnersatz (zum Beispiel Implantate, Brücken, Kronen)	100 %		
Zahnbehandlung (zum Beispiel hochwertige Kunststoff-Füllungen, Wurzel- und Parodontose-Behandlungen)	100 %		
Zahn- und Kieferregulierungen (Kieferorthopädie) nach Unfällen	100 %		
Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel professionelle Zahnreinigung, Fissuren-Versiegelung)	100 %, 1 x pro KJ	**innerhalb des Gesamtbudgets maximal 300 EUR pro Kalenderjahr**	
Zahnaufhellende Maßnahmen (zum Beispiel Bleaching)	100 %		
Sehhilfen (zum Beispiel Brillen und Kontaktlinsen)	100 %, alle zwei KJ		
Ausgewählte Laboruntersuchungen (zum Beispiel Vitamin-D-Status, Hormonstatus)	100 %		

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Budget Premium 600** können Personen versichert werden, die bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, der mit der Barmenia Krankenversicherung AG einen Vertrag über eine betriebliche Krankenversicherung für den Tarif **Budget Premium 600** abgeschlossen hat. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Budget Premium 600** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Wichtige Hinweise zum Leistungsanspruch!

Der Tarif **Budget Premium 600** bietet Ihnen bzw. den versicherten Personen[1] einen Versicherungsschutz, der die Leistungen eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel gesetzliche oder private Krankenversicherung) ergänzt.

Stehen Ihnen Leistungen anderer Kostenträger zu, sind diese grundsätzlich zuerst in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören zum Beispiel Leistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung (auch Satzungsleistungen und sonstige Zuschüsse) oder Leistungen aus anderen privaten Zusatzversicherungen. Eine Vorleistung ist jedoch keine Voraussetzung für eine Erstattung aus dem Tarif **Budget Premium 600**. Das bedeutet, dass Ihnen die Tarifleistungen auch dann zustehen, wenn sich zum Beispiel die gesetzliche Krankenversicherung nicht an den Kosten beteiligt.

Die erstattungsfähigen Kosten werden nach Abzug der Ihnen zustehenden Vorleistungen zu 100 % ersetzt. Maximal wird insgesamt pro Kalenderjahr das Gesamtbudget erstattet.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Das jährliche Gesamtbudget beträgt **600 EUR pro Kalenderjahr**. Sie können dieses Budget beliebig auf die folgenden Leistungen aufteilen. Für die unter den Ziffern 13 bis 16 genannten Leistungen übernehmen wir innerhalb dieses Gesamtbudgets Kosten bis zu **300 EUR pro Kalenderjahr**. Die Erstattungen nach den Ziffern 13 bis 16 werden auf das jährliche Gesamtbudget von **600 EUR** angerechnet. Es handelt sich nicht um ein zusätzliches Budget.

1. Heil- und Hilfsmittel

100 % der Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen, siehe Ziffer 15). Wir erstatten in diesem Zusammenhang auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel nach § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 8 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung.

Zu Heilmitteln gehören zum Beispiel medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen. Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer, zum Beispiel Physiotherapeuten, durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1-fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

Zu Hilfsmitteln gehören zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe.

2. Arznei- und Verbandmittel

100 % der Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Wir erstatten in diesem Zusammenhang auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel nach § 31 Abs. 3 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung.

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.

3. Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker

100 % der Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker. 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.

4. Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit

100 % der Kosten für Operationen, um eine Fehlsichtigkeit zu beheben (zum Beispiel LASIK) einschließlich dazugehörender Vor- und Nachuntersuchungen.

5. Krankenhaustagegeld bei stationärem Krankenhausaufenthalt

15 EUR für jeden Tag eines stationären Aufenthaltes. Das Krankenhaustagegeld ist auf maximal **28 Tage im Kalenderjahr** begrenzt.

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

6.	**Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte**	**100 %** der Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte. Dazu gehören zum Beispiel allgemeine Check-ups, Augen- und Ohrenvorsorge, Herz- und Kreislaufvorsorge, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsvorsorge einschließlich Hautkrebsvorsorge sowie Demenzvorsorge. Erstattungsfähig sind medizinisch anerkannte und individuell veranlasste gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die in ärztlichen Praxen, medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder ärztlich geleiteten Vorsorgezentren durchgeführt werden. Dies gilt nicht für umfassende Vorsorge-, Screening- oder Check-up-Programme, insbesondere Manager-, Executive-, Premium- oder vergleichbare Gesundheits-Check-ups. Pro Rechnung können erstattungsfähige Kosten für Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Betrag von 500 EUR berücksichtigt werden. Darüber hinausgehende Kosten sind nicht erstattungsfähig. Eine Aufteilung zusammenhängender Vorsorgeuntersuchungen oder Check-up-Leistungen auf mehrere Rechnungen führt nicht zu einer mehrfachen Berücksichtigung des Betrags von 500 EUR. Dies gilt insbesondere, wenn die Leistungen am selben Tag oder in engem zeitlichen Zusammenhang durchgeführt wurden. Nicht erstattungsfähig sind außerdem Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups, Screeningprogramme oder vergleichbare Untersuchungsprogramme, die durch den Arbeitgeber oder den Betrieb initiiert, organisiert, vermittelt, bezuschusst oder finanziert werden.
7.	**Ausgewählte IGeL**	**100 %** der Kosten für medizinisch veranlasste, individuell vereinbarte Gesundheitsleistungen (IGeL), sofern sie durch einen approbierten Arzt erbracht und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Erstattungsfähig sind: a) Stoßwellentherapie b) Hyaluronsäure-Injektionen in Gelenke Voraussetzung ist, dass vor Durchführung der jeweiligen Leistung eine Beschwerde oder Behandlungsbedürftigkeit bestand und die Leistung ärztlich begründet wurde.
8.	**Schutzimpfungen**	**100 %** der Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.
9.	**Präventionskurse**	**100 %** der Kosten für Präventionskurse nach § 20 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V), wenn sie nach § 20 SGB V zertifiziert sind. Dazu gehören zum Beispiel Kurse aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung und Suchtprävention. Die Leistung wird nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung und eines Kostennachweises des Kursanbieters erbracht.
10.	**Zahnersatz**	**100 %** der Kosten für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Inlays, Onlays, Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Teilkronen, Kronen und Implantate. Die Kosten für Keramik- und Kunststoff-Verblendungen sind für alle Zähne versichert. Zu den Vor- und Nachbehandlungen zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und augmentative Leistungen (Knochenaufbau).
11.	**Zahnbehandlung**	**100 %** der Kosten für zahnmedizinische Behandlungen. Dazu gehören zum Beispiel hochwertige Kunststoff-Füllungen, Wurzel- und Parodontose-Behandlungen, Aufbiss-Schienen oder schmerzlindernde Maßnahmen. Unter den Versicherungsschutz für schmerzlindernde Maßnahmen fallen zum Beispiel Akupunktur, Hypnose, Analgo- und Lachgas-Sedierung, die bei nach diesem Tarif versicherten Behandlungen anfallen.
12.	**Zahn- und Kieferregulierungen nach Unfällen**	**100 %** der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen ist, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.
13.	**Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen**	**100 %** der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel – Professionelle Zahnreinigung – Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung – Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen – Fissuren-Versiegelung Die Leistung wird **einmal pro Kalenderjahr** erstattet. Bitte beachten Sie den zusätzlichen Erstattungshöchstbetrag für die Leistungen nach den Ziffern 13 bis 16.
14.	**Zahnaufhellende Maßnahmen**	**100 %** der Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen, zum Beispiel die Aufhellung der Zähne durch Bleaching. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis durchgeführt oder zahnärztlich begleitet werden. Bitte beachten Sie den zusätzlichen Erstattungshöchstbetrag für die Leistungen nach den Ziffern 13 bis 16.

15. Sehhilfen

100 % der Kosten für Brillen (auch Sonnenbrillen) mit Sehstärke, Brillenreparaturen und Kontaktlinsen einschließlich der Kosten für die Sehstärken-Bestimmung. Die Leistung wird einmal **innerhalb von zwei Kalenderjahren** erbracht.

Der erste Zweijahreszeitraum umfasst das Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und das darauffolgende Kalenderjahr. Die weiteren Zweijahreszeiträume schließen sich jeweils unmittelbar an.

Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein. Eine Verordnung des Augenarztes brauchen wir nicht. Bitte beachten Sie den zusätzlichen Erstattungshöchstbetrag für die Leistungen nach den Ziffern 13 bis 16.

16. Ausgewählte Laboruntersuchungen

100 % der Kosten für folgende ärztlich durchgeführte oder ärztlich veranlasste Laboruntersuchungen, wenn sie im Zusammenhang mit der Abklärung oder Kontrolle eines medizinischen Befundes, einer Diagnose oder einer gesundheitlichen Fragestellung stehen:

- Hormonstatus / Hormonbestimmung, insbesondere Progesteron, Östradiol, Testosteron, FSH und LH
- Schilddrüsenwerte, insbesondere TSH, fT3 und fT4 sowie Schilddrüsenantikörper
- Ausgewählte Mikronährstoff- und Fettsäureparameter: Vitamin-D-Status, Vitamin-B12-Status, Eisenstatus, Ferritinstatus, Zinkstatus, Selenstatus einschließlich Selenoprotein P / SePP sowie Omega-3-Index

Erstattungsfähig sind außerdem die in unmittelbarem Zusammenhang mit den genannten Laboruntersuchungen stehenden ärztlichen Leistungen für die Veranlassung, Blutentnahme und Befundmitteilung.

Andere Gesundheits-Checks, Laborprofile, Screeningpakete, Selbsttests sowie sonstige nicht ausdrücklich genannte Laboruntersuchungen sind nicht erstattungsfähig.

Damit separate Laborrechnungen dieser Leistung zugeordnet werden können, reichen Sie diese bitte zusammen mit der ärztlichen Rechnung ein oder vermerken Sie auf der Laborrechnung den Grund für die Untersuchung.

Bitte beachten Sie den zusätzlichen Erstattungshöchstbetrag für die Leistungen nach den Ziffern 13 bis 16.

Erstattungshöchstbetrag

Für die oben genannten Leistungen nach den Ziffern **1 bis 16** können Sie pro versicherter Person und Kalenderjahr insgesamt bis zu **600 EUR** Erstattung erhalten.

Für die Leistungen nach den Ziffern **13 bis 16** gilt innerhalb dieses Gesamtbudgets ein zusätzlicher Erstattungshöchstbetrag von insgesamt bis zu **300 EUR** pro Kalenderjahr. Dies betrifft zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen, zahnaufhellende Maßnahmen, Sehhilfen und ausgewählte Laboruntersuchungen.

Die Erstattungen nach den Ziffern 13 bis 16 werden auf das Gesamtbudget von **600 EUR** angerechnet. Es handelt sich nicht um ein zusätzliches Budget.

Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind. Maßgeblich ist das Behandlungs- bzw. Bezugsdatum. Dies gilt auch, wenn die Rechnung erst im Folgejahr ausgestellt oder eingereicht wird. Ab dem 01.01. des Folgejahres steht das Gesamtbudget für das neue Kalenderjahr erneut zur Verfügung.

Beispiel für die Tarifstufe Budget Premium 600:

Datum	Kosten für		Erstattung
01.04. des laufenden Jahres:	Vorsorgeuntersuchung	150 EUR	150 EUR
01.10. des laufenden Jahres:	Brille	500 EUR	300 EUR
Bis 31.12. des laufenden Jahres insgesamt			450 EUR
Ab 01.01. des Folgejahres neuer Anspruch bis zu			600 EUR

C. Beiträge

Beitragszahlung

Ihr Arbeitgeber übernimmt die Beitragszahlung des Tarifs **Budget Premium 600**.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage ist Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/bKZV). Zum besseren Verständnis für Sie haben wir daraus folgende tarifliche Regelungen nochmals hervorgehoben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Was passiert bei einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses?

Bei einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses haben Sie das Recht, den Vertrag als Versicherungsnehmer auf eigene Rechnung im Tarif **Budget Premium EF 600** fortzuführen. Die Beitragshöhe für den Tarif **Budget Premium EF 600** richtet sich nach Ihrem Alter zum Zeitpunkt der Umstellung.

3. Was passiert, wenn das Arbeitsverhältnis ruht?

Zahlt der Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) den Beitrag für den Tarif **Budget Premium 600** während eines ruhenden Arbeitsverhältnisses (zum Beispiel für die Dauer der Elternzeit) nicht weiter, so haben Sie das Recht, den Vertrag als Versicherungsnehmer auf eigene Rechnung im Tarif **Budget Premium EF 600** fortzuführen. Die Beitragshöhe für den Tarif **Budget Premium EF 600** richtet sich nach Ihrem Alter zum Zeitpunkt der Umstellung.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

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

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