

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif S	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung mit Wahlleistungen unabhängig vom Alter</i>	Versicherungsfähigkeit	2
Tarif SW	1. Leistungen	
<i>Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung mit Wahlleistungen vom 01.01. des Kalenderjahres an, der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt (bei Unfällen unabhängig vom Alter)</i>	Tarif S	
<i>für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören</i>	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
<i>Stand 01.01.2011</i>	1.2 Höhe der Leistungen	2
	1.3 Bonusleistung	2
	Tarif SW	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
	1.2 Höhe der Leistungen	3
	1.3 Bonusleistung	3
	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	3
	2.2 Aufnahmehöchstalter	3
	2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Hufeland-Leistungsverzeichnisses	3
	4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
	4.1 Der Versicherungsschutz	3
	4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	3
	4.3 Ende der Versicherung	3
	Anhang	
	Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren	4

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen S und SW können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

Nach dem Tarif S sind die Wahlleistungen im Krankenhaus unabhängig vom Alter erstattungsfähig.

Nach dem Tarif SW sind die Wahlleistungen im Krankenhaus bei Unfällen und ansonsten vom 01.01. des Kalenderjahres an erstattungsfähig, der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt.

1. Leistungen

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

Tarif S

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Stationäre Heilbehandlung

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

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- allgemeine Krankenhausleistungen;
- notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die in den ersten vier Wochen entstehenden Aufwendungen.

1.12 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
- Leistungen des Krankenhauses.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.11 a) 100 %;
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.11 b) 100 %;
- für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Ziffer 1.11 c) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
- für Transporte zum und vom Krankenhaus gemäß Ziffer 1.11 d) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten;
- für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

1.3 Bonusleistung

Versicherte, die Anspruch auf einen in der Satzung ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geregelten Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) haben, weil sie regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen ihrer GKV zur primären Prävention in Anspruch genommen haben, erhalten eine Bonusleistung. Sie wird gezahlt, wenn die betreffende versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach dem Tarif S bzw. SW versichert war und das Versicherungsverhältnis am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt ist.

Die Bonusleistung beträgt einen Monatsbeitrag und wird für jedes Kalenderjahr einmalig gezahlt, in dem ein Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V besteht. Maßgebend ist der Beitrag, der für diesen Tarif im Monat Dezember des entsprechenden Jahres zu zahlen war.

Tarif SW

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Stationäre Heilbehandlung

1.111 Vorbemerkung

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

Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die in den ersten vier Wochen entstehenden Aufwendungen.

1.112 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen.

1.113 Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.114 Wahlleistungen

Vom 01.01. des Kalenderjahres an, der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt, sind über Ziffer 1.112 (Allgemeine Krankenhausleistungen) und Ziffer 1.113 (Transportkosten) hinaus erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Unabhängig vom Alter der versicherten Person sind diese Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn sie nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind und mit der stationären Behandlung innerhalb eines Jahres seit Unfall begonnen wird.

1.12 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Vom 01.01. des Kalenderjahres an, der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt, fallen bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
- Leistungen des Krankenhauses.

Unabhängig vom Alter der versicherten Person sind diese Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn sie nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind und mit der Behandlung innerhalb eines Jahres seit Unfall begonnen wird.

1.13 Krankenhaustagegeld

Bis zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld. Dies gilt nicht bei stationären Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, und nicht für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus.

Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die ersten vier Wochen der stationären Heilbehandlung.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Allgemeine Krankenhausleistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.112 werden wie folgt ersetzt: 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1.22 Transportkosten

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.113 werden wie folgt ersetzt: 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten. Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

1.23 Wahlleistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.114 werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.114 a) 100 %;
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.114 b) 100 %.

1.24 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12 werden wie folgt ersetzt: 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

1.25 Krankenhaustagegeld

Das Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 1.13 beträgt 35,00 EUR.

1.3 Bonusleistung

Versicherte, die Anspruch auf einen in der Satzung ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geregelten Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) haben, weil sie regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen ihrer GKV zur primären Prävention in Anspruch genommen haben, erhalten eine Bonusleistung.

Sie wird gezahlt, wenn die betreffende versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach dem Tarif S bzw. SW versichert war und das Versicherungsverhältnis am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt ist.

Die Bonusleistung beträgt einen Monatsbeitrag und wird für jedes Kalenderjahr einmalig gezahlt, in dem ein Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V besteht. Maßgebend ist der Beitrag, der für diesen Tarif im Monat Dezember des entsprechenden Jahres zu zahlen war.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

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

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für den Tarif S gilt kein Aufnahmehöchstalter.

Beim Tarif SW gilt als Aufnahmehöchstalter das vollendete 50. Lebensjahr.

2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderungen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt ebenfalls als Änderung der Gesundheitsverhältnisse im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge des Tarifs S bzw. SW überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend geändert werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer ggf. notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Naturheilverfahren wider.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.18 Zu § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht

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

4.19 b) Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

Das Bestehen des Anspruches auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) ist für jedes Kalenderjahr durch eine Bescheinigung der GKV nachzuweisen. Der Nachweis ist dem Versicherer erst im Folgejahr für jede versicherte Person einzureichen.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 11 lautet für diese Tarife wie folgt: Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbegins und dem Jahr der Geburt.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif S bzw. SW für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
 - Aderlass
 - Baunscheidt-Behandlung
 - Bier'sche Stauung
 - Bluteigelbehandlung
 - Cantharidentherapie
 - Fontanellentherapie
 - Pustulantien-Behandlung
 - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:
Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien¹
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glöckenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyygenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

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