

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

Nachfolgende Kurzübersicht gibt einen **groben Überblick** über den Versicherungsschutz des Tarifs TopS.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen (nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung)
- 100 % Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % Privatärztliche Behandlung
- 100 % Transporte zum und vom Krankenhaus (nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung; maximal 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt)
- 100 % Ambulante Operationen im Krankenhaus (nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung)

Rücktransportkosten aus dem Ausland

- 100 % der Mehrkosten

Reha-Tagegeld

- 100 EUR bei stationären Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsmaßnahmen (maximal für die Dauer von 21 Tagen)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen und die Höhe der Leistungen **im Detail** ergeben sich aus den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarif TopS

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Stand 01.01.2013

Der **Tarif TopS** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif TopS mit der Tarifbezeichnung TOPS ausgewiesen.

Inhaltsübersicht

| | Seite |
|---|-------|
| Versicherungsfähigkeit | 2 |
| 1. Leistungen | |
| 1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen | 2 |
| 1.2 Höhe der Leistungen | 2 |
| 2. Beiträge | |
| 2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge | 2 |
| 2.2 Aufnahmehöchstalter | 2 |
| 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 13) | |
| 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 dem Tarif TopS können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen

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

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1.1 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;
- die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus;
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- allgemeine Krankenhausleistungen;
- notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Gebühren sind im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.

Bei Behandlungen im Ausland sind Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.

1.1.2 Ambulante Operationen im Krankenhaus

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

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- Leistungen des Krankenhauses.

Gebühren sind im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.

Bei Behandlungen im Ausland sind Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.

1.1.3 Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus

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

1.1.4 Rücktransportkosten

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständi-

gen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen für einen

- Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugretterungsunternehmen durchgeführt wird;
- sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünf-fachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.
Die Aufwendungen werden auch ersetzt,
- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

Übliche Fahrkosten sind solche, die für die versicherte Person auch ohne den Rücktransport entstanden wären (z. B. Rückflugticket, Bahnfahrkarte), soweit diese eindeutig ermittelt werden können.

1.1.5 Rehabilitationsmaßnahmen

Bei einer stationären Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung, für die nach § 5 (1) d) MB/KK 09 keine Leistungspflicht des Versicherers nach Ziffer 1.11 dieses Tarifs besteht, wird ein Reha-Tagegeld gezahlt. Voraussetzung ist, dass der Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung eine mit dieser in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist. Die medizinische Notwendigkeit der Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung ist durch ein ärztliches Gutachten, welches vom behandelnden Krankenhausarzt zu erstellen ist, vor Beginn der Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer. Bei einer Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung der gesetzlichen Rehabilitationsträger genügt als Nachweis der Bewilligungsbescheid des Rehabilitationsträgers. Die Dauer der Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung ist durch eine entsprechende Bescheinigung der Heilstätte nachzuweisen.

1.2 Höhe der Leistungen

1.2.1 Stationäre Heilbehandlung, ambulante Operationen im Krankenhaus, Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus, Rücktransportkosten

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffern 1.11 a) und 1.11 b) 100 %;
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.11 c) 100 %;

- für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Ziffer 1.11 d) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Erstattungsfähig sind in diesem Zusammenhang auch die Zuzahlungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen 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 e) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Erstattungsfähig sind in diesem Zusammenhang auch die Zuzahlungen bei stationären Transportkosten nach § 60 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung;
- für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen;
- für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.13: 100 %;
- für Rücktransportkosten gemäß Ziffer 1.14: 100 %.

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

- an Stelle der Aufwendungen für die gesondert berechneten ärztlichen Leistungen gemäß Ziffer 1.11a) 25,00 EUR.
- an Stelle der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.11 c) 25,00 EUR;

Dies gilt nicht für eine

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

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

1.2.2 Rehabilitationsmaßnahmen

Das Reha-Tagegeld gemäß Ziffer 1.15 beträgt je Tag 100,00 EUR. Es wird je Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung längstens für die Dauer von 21 Tagen gezahlt.

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 TopS gilt kein Aufnahmehöchstalter.

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 als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

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

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.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für 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 TopS 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, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

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