

Tarif BKKE

Ergänzungstarif zur Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung für ambulante privatärztliche und privat Zahnärztliche Behandlung sowie zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktikerbehandlung

für Personen, die bei einer Betriebskrankenkasse versichert sind, die einem Kooperationsvertrag mit der Barmenia Krankenversicherung AG beigetreten ist oder diesen mit ihr vereinbart hat

Stand 01.04.2018

Der **Tarif BKKE** 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).

Inhaltsübersicht

Seite

Aufnahmefähigkeit	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	2
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
5. Fortsetzung der Versicherung nach Ausscheiden aus einer Betriebskrankenkasse bzw. nach Beendigung des Kooperationsvertrages	4
Anhang 1	
Liste der erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen	4
Anhang 2	
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.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif BKKE können Personen aufgenommen werden, die bei einer Betriebskrankenkasse versichert sind, die einem Kooperationsvertrag mit der Barmenia Krankenversicherung AG beigetreten ist oder diesen mit ihr vereinbart hat, und an Stelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in Anspruch nehmen.

1. Leistungen

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

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Ambulante Heilbehandlung

1.111 Ärztliche Behandlung

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt, die nicht zu den unter den Ziffern 1.112, 1.113 und 1.114 genannten Leistungen zählen, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Nicht erstattungsfähig sind die nach § 13 Abs. 2 Satz 11 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) von der Betriebskrankenkasse bei ihrer Kostenerstattung in Abzug gebrachten Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie vorgesehene Zuzahlungen.

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

Werden Leistungen nach Ziffer 1.111 b) durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (z. B. Physiotherapeuten) verabreicht, sind Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

Bei Inanspruchnahme von nicht im Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches - Fünftes Buch (SGB V) genannten Leistungserbringern werden die erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 10 % gekürzt; dies gilt nicht, wenn die Betriebskrankenkasse nach § 13 Abs. 2 Sätze 6 und 7 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) ihre Zustimmung zur Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer erteilt hat.

1.112 Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen
Unter den Versicherungsschutz fallen die nicht unter die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse fallenden ambulanten Vorsorgeuntersuchungen gemäß Anhang 1. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

1.113 Naturheilverfahren durch Ärzte

Unter den Versicherungsschutz fallen die nicht unter die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse fallenden naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführt sind (siehe Anhang 2) und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

1.114 Behandlung durch Heilpraktiker

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführt sind (siehe Anhang 2) und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren sind im tariflichen Umfang bis zum Höchstsatz des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.

1.12 Zahnbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums), nicht jedoch für Zahnersatz, Inlays sowie Zahn- und Kieferregulierungen.

Nicht erstattungsfähig sind die nach § 13 Abs. 2 Satz 11 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) von der Betriebskrankenkasse bei ihrer Kostenerstattung in Abzug gebrachten Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie vorgesehene Zuzahlungen.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Bei Inanspruchnahme von nicht im Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches - Fünftes Buch (SGB V) genannten Leistungserbringern werden die erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 10 % gekürzt; dies gilt nicht, wenn die Betriebskrankenkasse nach § 13 Abs. 2 Sätze 6 und 7 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) ihre Zustimmung zur Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer erteilt hat.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Aufwendungen für ärztliche Behandlung

- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.111a) werden, soweit sie die Vorleistung der Betriebskrankenkasse übersteigen, zu 100 % ersetzt, handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, dann zu 80 %.
- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel gemäß Ziffer 1.111b) werden..... zu 100 % ersetzt.

Sind zustehende Leistungen der Betriebskrankenkasse nicht in Anspruch genommen worden, werden 50 % des Rechnungsbetrages als Vorleistung der Betriebskrankenkasse abgezogen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der Betriebskrankenkasse einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt - soweit noch nicht ausgeschöpft - ebenfalls als Vorleistung der Betriebskrankenkasse.

1.22 Aufwendungen für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlung durch Heilpraktiker

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffern 1.112 bis 1.114 werden, soweit sie die Vorleistung der Betriebskrankenkasse übersteigen, zu 80 % bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000,00 EUR pro Kalenderjahr ersetzt.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der Betriebskrankenkasse einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt - soweit noch nicht ausgeschöpft - ebenfalls als Vorleistung der Betriebskrankenkasse.

1.23 Aufwendungen für Zahnbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung gemäß Ziffer 1.12 werden, soweit sie die Vorleistung der Betriebskrankenkasse übersteigen..... zu 100 % ersetzt.

Sind zustehende Leistungen der Betriebskrankenkasse nicht in Anspruch genommen worden, werden 50 % des Rechnungsbetrages als Vorleistung der Betriebskrankenkasse abgezogen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der Betriebskrankenkasse einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt - soweit noch nicht ausgeschöpft - ebenfalls als Vorleistung der Betriebskrankenkasse.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in den gültigen Beitragsübersichten enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif 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**

4.15 **Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten** Die Wartezeiten entfallen.

4.19 a) **Zu § 4 Abs. 3 (3.2) TB/KK 13: Arzneimittel**

Zu den dort aufgeführten Nähr- und Stärkungsmitteln, die nicht als Arzneimittel gelten, zählen auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel).

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

Bei Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung nach Ziffer 1.111 sowie Zahnbehandlung nach Ziffer 1.12 müssen auf allen Kostenbelegen die Leistungen der Betriebskrankenkasse 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 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

Ausnahme: Der Beitrag für Kinder gilt auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres, solange Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 und 3 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) bei einer Betriebskrankenkasse besteht. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs.

4.23 **Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten**

Endet die Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse, die einem Kooperationsvertrag mit der Barmenia Krankenversicherung AG beigetreten ist oder diesen mit ihr vereinbart hat, und wird eine Versicherung bei einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begründet, hat der Versicherungsnehmer die Beendigung der Versicherung in der Betriebskrankenkasse dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Bei einem Wechsel zu einer anderen Betriebskrankenkasse wird die Versicherung nach dem Tarif BKKE unverändert fortgeführt. Bei einem Wechsel zu einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, die keine Betriebskrankenkasse ist, kann die Versicherung nach dem Tarif BKKE unter geänderten Bedingungen (siehe Ziffer 5) fortgesetzt oder beendet (siehe Ziffer 4.31c) werden.

4.3 **Ende der Versicherung**

4.31a) **Zu § 13 Abs. 1 MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

Endet die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V), so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach

Ende der Kostenerstattung das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif BKKE rückwirkend zum Ende der Kostenerstattung kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif BKKE nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Kostenerstattung nachweist.

4.31b) **Zu § 13 (1.1) TB/KK 13: Vertragsdauer** Abweichend von § 13 (1.1) TB/KK 13 besteht für diesen Tarif keine Mindestvertragsdauer.

4.31c) **Zu § 13 (4) MB/KK 09: Ende der Versicherung**

Endet die Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse und wird die Versicherung bei einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begründet, die keine Betriebskrankenkasse ist, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach Wechsel zu der anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt des Wechsels kündigen. Gleiches gilt für den Fall, dass die vertragliche Kooperation zwischen der Betriebskrankenkasse und der Barmenia Krankenversicherung AG endet.

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

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach diesem Tarif 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.

5. **Fortsetzung der Versicherung nach Ausscheiden aus einer Betriebskrankenkasse bzw. nach Beendigung des Kooperationsvertrages**

Endet die Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse und wird eine Versicherung bei einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begründet, die keine Betriebskrankenkasse ist, so kann die Versicherung nach dem Tarif BKKE unter folgenden Bedingungen fortgesetzt werden:

- Soweit im Tarif auf die Leistungen bzw. Vorleistungen der Betriebskrankenkasse Bezug genommen wird, gelten als Leistungen bzw. Vorleistungen der Betriebskrankenkasse die Leistungen bzw. Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, bei der die Versicherung besteht.
- Der Beitrag erhöht sich ab dem 01. des Monats, der auf die Beendigung der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Es gilt dann die Beitragsübersicht GKKE.

Gleiches gilt für den Fall, dass der Kooperationsvertrag, zu dem der Beitritt erfolgte oder der unmittelbar mit dieser vereinbart wurde, endet.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Wird die Versicherung nach dem Tarif nach Ziffer 5 fortgesetzt, wird im Versicherungsschein die Tarifbezeichnung BKKE durch die Tarifbezeichnung GKKE ersetzt.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen

- zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung ("Intervall-Check")
- Ergänzung der Gesundheitsuntersuchung um Belastungs- und / oder Ruhe-EKG sowie weitere Laboruntersuchungen ("Check up-Ergänzung")
- Ergänzungsuntersuchungen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr ("Kinder-Intervall-Check")
- Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten ("Facharzt-Check")
- Gynäkologische Komplett-Vorsorge ("Frauen-Gesundheits-Check") einschl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung (z. B. Hämatokrit, CEA) und Sonographie (z. B. Uterus, Ovar)
- Urologische Komplett-Vorsorge für Männer ("Uro-Check") einschl. Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (z. B. PSA, CEA) und Sonographie (z. B. Prostata, Nieren, Hoden)
- Umfassende ambulante Vorsorgeuntersuchung ("General Check")
- Sonographischer Check up der inneren Organe ("Sono-Check")
- Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße ("Stroke-Check") bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung ("Pulmo-Check")
- Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs
- Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren
- Hirnleistungs-Check ("Brain Check") zur Früherkennung von Demenzen
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwach-sichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vor-schulalter
- Glaukomfrüherkennung mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie

Anhang 2

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
 - Aderlass
 - Baunscheidt-Behandlung
 - Bier'sche Stauung
 - Blutegelbehandlung
 - Cantharidentherapie
 - Fontanelletherapie
 - Pustulantien-Behandlung
 - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:
 - Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei 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, Glockenbegasung, 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
- Sauerstoff-Therapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

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