Krankheitskosten-versicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

In der nachfolgenden Übersicht wird der Versicherungsschutz des Tarifs Barmenia einsA expert+ in Stichworten dargestellt. Die genauen Leistungsbeschreibungen (erstattungsfähige Aufwendungen und Höhe der Leistungen) ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ambulante Heilbehandlung
- 100 % Arztbehandlung
- 100 % Vorsorgeuntersuchungen
- 100 % Arzneien
- 100 % Heilpraktikerbehandlung
- 100 % Hebammenleistungen
- 100 % Psychotherapeutische Behandlung
- 100 % Heil- und Hilfsmittel
- 100 % Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/ Entbindung
- 100 % Häusliche Krankenpflege
- 100 % Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Stationäre Heilbehandlung
- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % Privatärztliche Behandlung
- 100 % Rooming-In

Zahnärztliche Behandlung
- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnprophylaxe
- 90 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Genesungs- und sonstige Kuren
- 100 % Kurbehandlung
- 200,00 EUR Genesungsgeld (bei Genesungskur)

Entbindungspauschale

Kinderbetreuungspauschale

Soziotherapie

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Stationäre Hospizleistungen

Übergangspflege im Krankenhaus

Digitale Gesundheitsanwendungen

Beitragsbefreiung bei
- **Pflegegrad 4 oder 5**
- **Bezug von Elterngeld**
- **längerem Krankenhausaufenthalt**

Tarif Barmenia einsA expert+

Kompakttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Leistungen für Genesungskuren und sonstige Kuren

Stand 01.01.2025

Der **Tarif Barmenia einsA expert+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 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 Barmenia einsA expert+ mit der Tarifbezeichnung EXP+ ausgewiesen. Vor dem "+" erfolgt ein Hinweis auf die vereinbarte Leistungsstufe (= Höhe des Selbstbehaltes pro Kalenderjahr):

Zum Beispiel:
Leistungsstufe 1: Selbstbehalt (SB) = 330,00 EUR
Leistungsstufe 2: Selbstbehalt (SB) = 660,00 EUR
Leistungsstufe 3: Selbstbehalt (SB) = 1.320,00 EUR

z. B. **EXP1+**: Tarif Barmenia einsA expert+, Leistungsstufe 1 (= 330,00 EUR SB)

Inhaltsübersicht

		Seite
1.	**Leistungen**	
1.1	Ambulante Heilbehandlung	2
1.2	Stationäre Heilbehandlung	3
1.3	Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)	3
1.4	Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz	3
1.5	Rücktransportkosten und Überführungskosten	4
1.6	Genesungskuren und sonstige Kuren	4
1.7	Soziotherapie	4
1.8	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	4
1.9	Stationäre Hospizleistungen	4
1.10	Übergangspflege im Krankenhaus	4
1.11	Digitale Gesundheitsanwendungen	5
1.12	Selbstbehalte	5
1.13	Beitragsbefreiung	5
2.	**Beiträge**	
2.1	Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
2.2	Aufnahmehöchstalter	5
2.3	Optionsrechte	5
2.4	Anpassung des Versicherungsschutzes	6
3.	**Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung**	6
4.	**Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)**	
4.1	Der Versicherungsschutz	6
4.2	Pflichten des Versicherungsnehmers	6
Anhang		
	Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren	7

1. Leistungen

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

1.1 Ambulante Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt folgende Aufwendungen:

a) **Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte**
- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien";
- ärztlich verordnete Arzneimittel (siehe auch Ziffer 4.14). Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen;
- ärztlich verordnete Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel);
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen. Erstattungsfähig sind z. B. die Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI);
  die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind;
  die Aufwendungen für berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.

Für Naturheilverfahren durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 b).

Für psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte gilt Ziffer 1.1 f).

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

b) **Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlung durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind im Rahmen der erstattungsfähigen Naturheilverfahren (siehe Anhang) die Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Für psychotherapeutische Behandlungen gilt Ziffer 1.1 f).

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

c) **Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK)**
Unter den Versicherungsschutz fallen nach Ablauf von zwei Jahren – gerechnet vom Versicherungsbeginn an – operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

d) **Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger**
Unter den Versicherungsschutz fallen im Rahmen einer Schwangerschaftsvorsorge/-nachsorge, Entbindung und Fehlgeburt Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

e) **Entbindungspauschale**
Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Pauschale (Einmalzahlung) von 500,00 EUR gezahlt.

f) **Psychotherapeutische Behandlung**
Erstattungsfähig ist psychotherapeutische Behandlung (einschließlich psychologischer Diagnostik).

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

g) **Heilmittel**
Erstattungsfähig sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

h) **Hilfsmittel**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und 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 (z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie).

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS-Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte) sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner 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 - ist es empfehlenswert, der Barmenia 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.

Die Aufwendungen der nachgenannten Hilfsmittel sind in folgender Höhe erstattungsfähig:
- Brillen und Kontaktlinsen (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) bis zu einem Rechnungsbetrag von 600,00 EUR für eine Sehhilfe. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien;
- orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr.

Die Erstattung beträgt je Hilfsmittel …….100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

i) **Ambulante Transporte**
Erstattungsfähig ist der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall. Erstattungsfähig 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 die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

j) **Haushaltshilfe bei Schwangerschaft/ Entbindung**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu 10,00 EUR pro Stunde, maximal 75,00 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage je Versicherungsfall. Voraussetzungen sind, dass
- die versicherte Person nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung den Haushalt nicht weiterführen und auch keine

andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen kann oder
- die im Haushalt der versicherten Person lebende Ehefrau bzw. Lebenspartnerin nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung den Haushalt nicht weiterführen und auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen kann.
  Soweit für die im Haushalt der versicherten Person lebende Ehefrau bzw. Lebenspartnerin auf Grund einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia ein eigener Anspruch auf Leistungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung besteht oder ein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann, sind diese in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch bei der Barmenia besteht in diesen Fällen nicht.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

k) **Kinderbetreuungspauschale**
Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird für dessen Betreuung ab dem vierten Tag der Erkrankung eine Pauschale (Einmalzahlung) von 200,00 EUR gezahlt.
Die Pauschale wird zu Gunsten des Kindes einmal im Kalenderjahr gezahlt, wenn
- auch für ein Elternteil eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

l) **Häusliche Krankenpflege**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Unter den Versicherungsschutz fallen
- 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-therapeu-tische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege;
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer von bis zu vier Wochen, 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 mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit verordnet werden, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

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

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

m) **Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen 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.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen sowie für die dazugehörigen Maßnahmen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.2 Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
a) allgemeine Krankenhausleistungen;
b) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt.....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

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
a) an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.2 c) ..... 50,00 EUR;
b) an Stelle der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.2 d)..... 50,00 EUR.

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

1.3 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)

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 des versicherten Kindes die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.4 Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen und Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

a) Zahnbehandlung (z. B. Füllungen einschließlich Inlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums).

   Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

b) zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen, z. B.
   - 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.

   Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

c) Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Für die Erstattung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge:
- vom 1. bis 3. Kalenderjahr insgesamt ..... 10.000,00 EUR,
- ab 4. Kalenderjahr .....unbegrenzt.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte.

Diese Höchstbeträge gelten nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich unmittelbar auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.

Die Erstattung beträgt .....90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.5 Rücktransportkosten und Überführungskosten

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die notwendigen Aufwendungen für einen

a) 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 Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen 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.

Erstattungsfähig sind die notwendigen Aufwendungen für einen Rettungsflug bzw. sonstigen Krankentransport abzüglich der üblichen Fahrkosten. 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.

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden in entsprechender Höhe die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland übernommen.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.6 Genesungskuren und sonstige Kuren

Ein Kuraufenthalt gilt als Genesungskur im Sinne dieser Bedingungen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Es muss eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen sein.
b) Die medizinische Notwendigkeit der Genesungskur wird durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gilt ein Kuraufenthalt als sonstige Kur im Sinne dieser Bedingungen. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen.

Eventuelle Attestkosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

1.61 **Kurbehandlung**

Bei einer Genesungskur oder sonstigen 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 Aufwendungen 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 Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01. Januar des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden.

Die Erstattung beträgt.....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.62 **Genesungsgeld**

Bei einer Genesungskur 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, wird zusätzlich ein Genesungsgeld ohne Kostennachweis gezahlt. Die Dauer der Genesungskur ist durch die Rechnung für Unterkunft nachzuweisen.

Das Genesungsgeld beträgt je Tag 200,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.

1.7 Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen 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.

Die Aufwendungen für Soziotherapie sind bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig, wenn der Versicherer eine schriftliche Zusage erteilt hat.

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

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.8 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.9 Stationäre Hospizleistung

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.10 Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Übergangspflege im Krankenhaus für einen Zeitraum von längstens 10 Tagen, je Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass die Übergangspflege im Krankenhaus:
- unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt,
- in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und
- keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.

Die Erstattung beträgt .....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.11 Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen 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 Aufwendungen für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

Die Erstattung beträgt.....100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.12 Selbstbehalte

Von den tariflichen Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.11 wird ein Jahresselbstbehalt abgezogen. Er beträgt je versicherte Person im Kalenderjahr maximal

Jahresselbstbehalt EUR	Erwachsene	Kinder/Jugendliche*
Leistungsstufe 1	330	165
Leistungsstufe 2	660	330
Leistungsstufe 3	1.320	660

* Der Jahresselbstbehalt für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31.12. des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

Der Jahresselbstbehalt verringert sich im Jahr des Versicherungsbeginns um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Endet die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe des Kalenderjahres, verringert sich der Jahresselbstbehalt nicht.

Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale bei einer Hausentbindung nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.4 b) fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.

1.13 Beitragsbefreiung

a) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5:
Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert+ für die Dauer der Pflegebedürftigkeit.

b) bei längerem Krankenhausaufenthalt:
Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts gemäß Ziffer 1.2 des Tarifs besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert+ für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts.

Nicht als stationärer Krankenhausaufenthalt gelten Anschlussheilbehandlungen sowie Aufenthalte, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben.

c) bei Bezug von Elterngeld:
Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Barmenia einsA expert+ für die Dauer des Bezugs von Elterngeld, wobei die Beitragsfreiheit insgesamt auf einen Zeitraum von maximal sechs Monaten begrenzt ist.

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 Barmenia einsA expert+ versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Barmenia einsA expert+ einschließlich des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

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

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.3 Optionsrechte

2.31 Option auf höhere oder umfassendere Leistungen

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (siehe Ziffer 2.31 a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (siehe Ziffer 2.31 b) ohne erneute Gesundheitsprüfung den Tarif Barmenia einsA expert+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind.
Dieses Recht gilt auch für eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmenia einsA expert+ auf eine Leistungsstufe mit niedrigerem Selbstbehalt.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch die Umstellung von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmenia einsA in den Tarif Barmenia einsA expert+ (siehe Ziffer 2.31 c) ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den höheren oder umfassenderen Tarif zurückumzustellen, der unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.
Dieses Recht gilt auch nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch eine Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs Barmenia einsA expert+ von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt.
Macht der Versicherungsnehmer von den Optionsrechten Gebrauch, gilt Folgendes:

- Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Umstellungszeitpunkt an wirksam.
- Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellung.
- Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

Die Optionsrechte im Einzelnen:

a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten:
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Barmenia einsA expert+ an), zum 01. des darauf folgenden Monats den Tarif Barmenia einsA expert+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen, wenn
   - in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Barmenia einsA expert+ für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung AG bestand bzw.
   - der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie Barmenia einsA nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat und
   - die Umstellung vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird. Beispiel:

Beginn des Tarifs Barmenia einsA expert+	01.07.2013
erster Optionstermin	01.07.2016
Antragstellung bis spätestens	30.06.2016
Beginn des höheren Versicherungsschutzes	01.07.2016

b) Optionsrecht bei bestimmten Ereignissen:
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb der ersten fünfzehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie Barmenia einsA an) bei folgenden Ereignissen den Tarif Barmenia einsA expert+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höheren oder umfassenderen Leistungen umzustellen:
   - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person (z. B. Hochschulstudium);
   - einmal bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit;
   - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet.

   Voraussetzungen sind, dass
   - der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens drei Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt und

- dem Antrag ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beigefügt wird.

c) Optionsrecht nach Reduzierung des Versicherungsschutzes:
Wurde der Versicherungsschutz reduziert durch die Umstellung
- von einem höheren oder umfassenderen Tarif der Tariflinie Barmenia einsA in den Tarif Barmenia einsA expert+ oder
- innerhalb des Tarifs Barmenia einsA expert+ von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt,

hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Reduzierung des Versicherungsschutzes wieder
- in den höheren oder umfassenderen Tarif umzustellen, der unmittelbar vor der Reduktion bestanden hat bzw.
- in die Leistungsstufe des Tarifs Barmenia einsA expert+ mit niedrigerem Selbstbehalt umzustellen, die unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.

Das Optionsrecht auf Rückumstellung nach Reduzierung des Versicherungsschutzes kann insgesamt zweimal ausgeübt werden.

Voraussetzung ist, dass die Rückumstellung vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach Reduzierung des Versicherungsschutzes zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt wird.

Beispiel:

Reduzierung durch Umstellung auf den Tarif Barmenia einsA expert+	01.04.2014
Optionstermin	01.04.2016
Antrag auf Rückumstellung bis spätestens	31.03.2016
Rückumstellung zum	01.04.2016

2.32 **Option auf Krankentagegeld nach beendetem Studium**

Studenten haben das Recht, nach Beendigung des Studiums 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 130 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird und zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.

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

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

2.4 Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfangs unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

3. Ergänzung der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13) zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1.1 a), für die Entbindungspauschale nach Ziffer 1.1 e) sowie für zahnprophylaktische Leistungen nach Ziffer 1.4 b) haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs, sofern für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. um eine Hausentbindung handelt.

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

4.1 Der Versicherungsschutz

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

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung AG bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus.
b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

4.12 **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.

4.13 **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 (siehe Anhang).

4.14 **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).

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **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.

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

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist.

Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

Anhang

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-Neural-diagnostik 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 Allergien[2]
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopatischer 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
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

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