

Wesentliche Merkmale des Tarifs BD *Prime* /Gruppe

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 325 €
- 100% Kostenerstattung für medizinische Hilfsmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchungen gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Psychotherapie
- 100% Kostenerstattung für Leistungen durch Hebammen/ Entbindungsitleger
- 100% Kostenerstattung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 100% Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege
- 100% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport
- 100% Kostenerstattung für stationäre Hospizversorgung
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson
- Kinderbetreuungsgeld im Ausland

Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen

bis 3.000 €

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Zahnersatz gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen gemäß Tarif

Transporte aus dem Ausland

- 100% Kostenerstattung für Rücktransporte aus dem Ausland
- 100% Kostenerstattung für Überführung im Todesfall ins Heimatland oder Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland bis max. 15.000 €
- 100% Kostenerstattung für Rückholung von Kindern bis 5.000 € je Kind
- 100% Kostenerstattung für Blutkonserventransport ins Ausland

Digitale Gesundheitsanwendungen

Tarif BD *Prime* /Gruppe

Krankheitskosten-Gruppenversicherung
für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz,
stationäre Heilbehandlung und Entbindung

Fassung Januar 2026

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherungsfähigen Personen aufgenommen werden, sofern diese mit einem befristeten Aufenthaltstitel für das Inland nach Deutschland reisen (Hauptversicherte). Mitreisende Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) und Kinder des Hauptversicherten können mitversichert werden (mitversicherte Personen), wenn sie ebenfalls einen befristeten Aufenthaltstitel für Deutschland haben.

Die Versicherungsdauer beträgt maximal 5 Jahre (§ 195 Abs. 3 VVG). Gleichartiger früherer, befristeter Versicherungsschutz, auch bei einem anderen Versicherer, wird auf die Höchstdauer angerechnet, die sich entsprechend verkürzt (§ 195 Abs. 3 Satz 2 VVG).

Das Versicherungsverhältnis endet spätestens mit dem Ablauf der Höchstversicherungsdauer. Es endet auch mit dem Wegfall des befristeten Aufenthaltstitels für Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, sich in einem gleichartigen unbefristeten Tarif innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages weiterzuversichern, sofern die Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung weiterhin gegeben ist. Es wird dann das Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Tarifwechsels zugrunde gelegt. Weiterversicherungsrechte nach den zugehörigen allgemeinen Versicherungsbedingungen bleiben hiervon unberührt.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Behandlungen, Untersuchungen, Wegegebühren, Operationen sowie Sonderleistungen.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.2 Fahrten und Transporte

Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei

- Notfällen,
- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie,
- ambulanten Operationen am Tag der Operation, sofern eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann.

Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.3 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.4 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Ergotherapie (Beschäftigungstherapie), Podologie, Ernährungstherapie, Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.

Die bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 1) genannten Preisen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.6 Sehhilfen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 325 €. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

1.7 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrtstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z. B. Blutdruckmessgeräte),
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig ist ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die deutsche Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens sind (z. B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.

Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.8 Vorsorgeuntersuchungen

Hierzu gehören Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.9 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grippeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlenen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.10 Psychotherapie

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.11 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hebammenhilfe (z. B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerenbetreuung, Geburshilfe, Wochenbettbetreuung, Wegegebühren), auch wenn diese von Entbindungspflegern erbracht werden.

Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung für Hebammenhilfe und der Kostenerstattung gemäß II.1.1 bis 1.9 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtpauschale von 750 € gezahlt.

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungs-pflegern geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind anstelle der Geburtpauschale von 750 € die entstan-denen Aufwendungen erstattungsfähig, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Kran-kenhaus entstanden wären. Diese Aufwendungen sind auch er-stattungsfähig, wenn nach einer begonnenen Geburt (Einsetzen von Eröffnungswehen oder Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.12 Künstliche Befruchtung

Erstattet werden 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen der künstlichen Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizini-scher Maßnahmen überwunden werden kann.
- Zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 40. Lebens-jahr noch nicht vollendet.
- Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnli-cher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließ-lich Ei und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Be-fruchtung).
- Die Behandlung entspricht deutschem Recht.
- Vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt.

Tariflich erstattungsfähig sind unter den oben genannten Voraus-setzungen folgende Leistungen: Bis zu

- 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und
- 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation

sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus folgenden Maß-nahmen:

- In-vitro-Fertilisation (IVF)

- intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (ein-schließlich der dabei erforderlichen IVF)
- intratubaren Gametentransfer (GIFT), hiervon max. 2 Versu-che.

Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z. B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist.

Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die oben genannten Voraussetzungen er-füllt sind.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem an-deren Leistungsträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenver-sicherung) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizini-sche Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungs-pflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vor-leistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

1.13. Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzell-gewebe. Dabei werden die Kos-ten für

- die Vorbereitung und die Entnahme,
- die Aufbereitung,
- den Transport,
- das Einfrieren,
- die Lagerung und
- das spätere Auftauen von Ei- bzw. Samenzellen oder Keim-zellgewebe erstattet.

Die Zusage wird erteilt, wenn die versicherte Person

- eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschä-digende Therapie erhält und
- Leistungen für künstliche Befruchtung nach II.1.12 beanspru-chen könnte.

Die Kosten für die Lagerung werden nur erstattet, solange die ver-sicherte Person Leistungen für künstliche Befruchtung nach II.1.12 beanspruchen könnte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf ab-zielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermög-lichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreiten-den und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.15 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung) außerhalb von stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen und Rehabilitationseinrichtungen durch geeignete Fachkräfte, wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn

- die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege), oder
- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege), im nachfolgenden Umfang:
 - a) Erstattungsfähig sind bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die im Einzelfall erforderlichen Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandswechsel).

Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z. B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der deutschen Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

- a) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Falls auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z. B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor. Ist diese Intensiv-Behandlungspflege sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen; dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege werden auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattet.

Zur Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen wird empfohlen, eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen.

2 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009)

Hierzu gehören:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

3. Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, werden die unter II.1 (ambulante Heilbehandlung) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen zu den dort genannten Prozentsätzen erstattet. Aufwendungen für Kurtaxe und Kurplan werden zu 100% erstattet.

4. Stationäre Heilbehandlung

4.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten, der Leistung einer Hebammie und eines Entbindungslegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

Für Aufwendungen dieser Krankenhäuser in Deutschland ist der Versicherer leistungspflichtig, soweit sie die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.

4.2 Wahlleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweisbettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweisbettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung erhält der Hauptversicherte ein Krankenhaustagegeld in nachstehender Höhe:

Versichert	Unterkunft	mit privatärztliche/r Behandlung	ohne privatärztliche/r Behandlung
BD Prime	Einbettzimmer	-	15 €
	Zweisbettzimmer	20 €	35 €
	Mehrbettzimmer	30 €	45 €

Bei teilstationärer Heilbehandlung und bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. II.4.4) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4.3 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

4.4 Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflegepflichtversicherung erforderlich sind aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen gemäß II 4.2 sind nicht erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal zehn Tage je Krankenhausbehandlung und

- • je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,
erstattet.

4.5 Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenswartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z. B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

5. Erstattung der Kosten für eine Begleitperson

Wird neben einer versicherten Person während einer stationären Heilbehandlung eine Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet, sofern eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses/Hospizes nachzuweisen.

6. Kinderbetreuungsgeld

Bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt des versicherten betreuenden Elternteils oder bei dessen stationärem Aufenthalt als Begleitperson (siehe II.4.1) wird ein Tagegeld in Höhe von 25 € gezahlt, sofern mindestens ein Kind bis einschließlich 12 Jahre im Haushalt vor Ort lebt und den Krankenhaus-/Hospizaufenthalt nicht begleitet.

7. Zahnärztliche und Kieferorthopädische Leistungen

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einer Höhe von 3.000 € pro Person und Kalenderjahr und zwar für:

7.1 Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung.

7.2 Zahnersatzleistungen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Inlays, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

7.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

8. Rücktransport

Erstattet werden 100% der notwendigen Kosten für einen Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland oder in das Land, aus dem der Hauptversicherte ursprünglich ausgereist ist, wenn die erkrankte oder verletzte Person nicht mit eigenen oder öffentlichen Mitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann und

- eine Behandlung im Reiseland nicht angemessen möglich ist oder
- nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolgen eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder übersteigt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

9. Überführung im Todesfall ins Heimatland oder Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland

Erstattet werden 100% der notwendigen Aufwendungen bis zu einer Höhe von 15.000 €.

10. Rückholung von Kindern

Erstattungsfähig sind die notwendigen Reisekosten einer Rückholung von mitversicherten Kindern unter 16 Jahren, sofern der Hauptversicherte und alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind. Zu den Reisekosten gehören die Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson sowie die Rückreisekosten für die Kinder.

Erstattet werden je versichertem Kind 100% der Reisekosten in der allgemeinen Beförderungsklasse und der notwendigen Übernachtungskosten; zusammen jedoch nicht mehr als 5.000 €.

11. Blutkonserventransport ins Ausland

Erstattungsfähig sind die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn an einem außereuropäischen Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss. Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

12. Digitale Gesundheitsanwendungen

12.1 Zu 100% erstattungsfähig sind im Versicherungsfall Aufwendungen für im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V siehe Anhang) enthaltene digitale Gesundheitsanwendungen bis zu den dort genannten Preisen, falls diese Anwendungen

- a) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten,
oder
- b) nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers

in Anspruch genommen werden.

12.2 Zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich erstattungsfähig sind im Versicherungsfall auch andere digitale Gesundheitsanwendungen, soweit der Versicherer deren Erstattung vor ihrer Anwendung schriftlich zugesagt hat.

12.3 Die Leistungen werden zunächst für höchstens 12 Monate erbracht. Danach ist jeweils eine erneute Verordnung bzw. vorherige schriftliche Zusage erforderlich.

12.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendungsersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.12.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

12.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

III. Anderweitiger Versicherungsschutz

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung ver einbart ist, unabhängig davon wann die anderen Versicherungsverträge abgeschlossen wurden. Die erstattungsfähigen Kosten verringern sich um den vom Vorversicherer erstatteten Betrag. Leistet der Vorversicherer nicht im vertraglichen bzw. gesetzlichen Umfang, so werden aus diesem Tarif maximal 50% des Rechnungsbetrages erstattet. Sind Versicherungsleistungen gemäß II. beim Vorversicherer nicht mitversichert, werden diese in vollem Umfang erbracht.

Besteht Anspruch auf Leistungen gegen andere als in den § 5 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland genannten Leistungsträgern, steht es dem Hauptversicherten frei, wem er den Schaden meldet. Meldet der Hauptversicherte den Versicherungsfall zuerst der Hallesche Krankenversicherung a. G., wird diese im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten. Ergänzend gilt § 12 dieser Versicherungsbedingungen.

Anhang

Anhang 1

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 8 – 11

Anhang 2

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitan-
gabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen Dauer der jeweili-
gen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die
Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor-
und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medi-
zinischen Gründen unterschritten werden.

	erstattungs- fähig bis zu €
Krankengymnastik / Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefunderung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordneten Person	76,10
Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	41,20
Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	30,90
Krankengymnastik (KG) (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	33,40
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25-35 Minuten	52,90
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	66,10
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	15,00
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	18,70
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	99,90
Krankengymnastik im Bewegungsbad	
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	38,10
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe; Richtwert 20-30 Minuten	27,20
• in einer Gruppe (4-5 Personen) je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,00
Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	40,10
Bewegungsübungen	
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulgymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	23,00
Bewegungsübungen	
• als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	15,50
• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	9,60
Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
• als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	37,00
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,10
• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,30
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) , Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	132,60
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) , einschließlich Medizinischen Aufbastrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	62,70
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	10,20
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	24,30
• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	29,30
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	40,40
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	60,70
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,80
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	25,80
Unterwasserdruckstrahlmassage , einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	38,00
Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind.	

	erstattungs-fähig bis zu €	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	15,70	<ul style="list-style-type: none"> Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wärmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		<ul style="list-style-type: none"> bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,20	4,80
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		<ul style="list-style-type: none"> Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €.
Teilpackung	41,70	Gashaltige Bäder
Großpackung	55,00	<ul style="list-style-type: none"> Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,70	<ul style="list-style-type: none"> Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Kaltpackung (Teilpackung)		<ul style="list-style-type: none"> Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe
• Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	11,80	<ul style="list-style-type: none"> Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe
• Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40	<ul style="list-style-type: none"> Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Heublumensack, Peloidkomprese	14,00	<ul style="list-style-type: none"> Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz)	7,10	
Trockenpackung	4,80	
Guss		Inhalationen
• Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung
• Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10	<ul style="list-style-type: none"> als Einzelinhalaition
• Abklastschung, Abreibung, Abwaschung	6,30	<ul style="list-style-type: none"> als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70	<ul style="list-style-type: none"> als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
• Teilbad	14,00	Radon-Inhalation im Stollen
• Vollbad	20,30	Radon-Inhalation mittels Hauben
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90	
Naturmoor, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		Kälte- und Wärmebehandlung
• Teilbad	49,80	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiegefühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten
• Vollbad	62,30	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert 10-20 Minuten
• Teilbad	43,60	
• Vollbad	49,80	
Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80	
Medizinische Bäder mit Zusatz		Elektrotherapie
• Hand-, Fußbad	10,20	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten
• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten
		Iontophorese, Phonophorese
		Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert 10-20 Minuten
		Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 10-20 Minuten

	erstattungs-fähig bis zu €	
Lichttherapie		
Behandlung mit Ultraviolettlicht		Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall
• als Einzelbehandlung	4,80	• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 162,00 120 Minuten
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00	• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten 210,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,80	• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 175,30 120 Minuten
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50	• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 48,70 45 Minuten, je Teilnehmer
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	13,20	• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer 64,80
Logopädie (Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie)		• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 81,00 75 Minuten, je Teilnehmer
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	20,70	Gruppenbehandlung
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert 60 Minuten	134,90	• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 21,30 45 Minuten, je Teilnehmer
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	67,60	• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer 28,50
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig		• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 49,60 105 Minuten, je Teilnehmer
Bericht an die verordnete Person	7,60	• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer 80,80
Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person	134,90	Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimm- und Schluckstörungen		60,80
• Richtwert: 30 Minuten	60,10	Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall
• Richtwert: 45 Minuten	82,50	175,30
• Richtwert: 60 Minuten	105,00	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer
• Richtwert: 90 Minuten	119,00	48,70
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimm- und Schluckstörungen je Teilnehmer		Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	74,20	28,50
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	134,90	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60	
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	50,90	
Einzelbehandlung		
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	60,80	Podologische Befund, je nach Behandlung
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	81,00	4,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	101,20	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spannenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines		223,80
		Erst- und Eingangsbefundung
		• Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten 31,30
		• Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten 62,70
		• Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten 25,20
		Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person
		18,90

	erstattungs-fähig bis zu €	erstattungs-fähig bis zu €	
Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	110,90	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbe-handlung, Richtwert: 60 Minuten	62,40
Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	60,80	Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Nachregulierung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	55,60	Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	105,80	Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	60,50	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	19,40	Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
Behandlungsabschluss/ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	29,00	Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10	Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeiner Rehasport • Rehasport im Wasser • Rehasport in Herzgruppen • Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern 	8,10 10,80 12,50 17,20
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10	Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Rehasport • Rehasport im Wasser • Rehasport in Kinderherzgruppen • Rehasport für schwerstbehinderte Kinder 	11,90 16,30 23,00 21,90
Ernährungstherapie		Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	16,10
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.		Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,60
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	44,60	Sonstiges	
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	89,10	Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	73,00	Ärztlich verordneter Hausbesuch	29,50
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei.	73,00	einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	44,60	Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	19,30
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,10	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	29,50
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	89,10		
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbe-handlung, Richtwert: 30 Minuten	31,20		

Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,70
<u>Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung</u>	<u>105,10</u>

Essential Parts of Tariff BD *Prime*/Group

Out-patient medical treatment

- 100% reimbursement for out-patient medical treatment
- 100% reimbursement for rides and transports
- 100% reimbursement for X-ray diagnosis and therapy
- 100% reimbursement for remedies as per the tariff
- 100% reimbursement for medicines and dressings
- 100% reimbursement for visual aids up to € 325
- 100% reimbursement for medical aids as per the tariff
- 100% reimbursement for medical check-ups as per the tariff
- 100% reimbursement for vaccinations as per the tariff
- 100% reimbursement for psychotherapy
- 100% reimbursement for (male) midwife services
- 100% reimbursement for specialised out-patient palliative care
- 100% reimbursement for home nursing
- 100% reimbursement for treatments by an alternative practitioner

In-patient medical treatment

- 100% reimbursement for accommodation in a one, two or more bedded room
- 100% reimbursement for private treatment
- 100% reimbursement for patient transport
- 100% reimbursement for in-patient care in hospices
- 100% reimbursement for an accompanying person
- childcare allowance abroad

Dental and orthodontic benefits up to € 3,000

- 100% reimbursement for dental treatment as per the tariff
- 100% reimbursement for dentures as per the tariff
- 100% reimbursement for orthodontic measures as per the tariff

Transports from abroad

- 100% reimbursement for repatriations from abroad
- 100% reimbursement for repatriations of mortal remains to the home country or funeral in the Federal Republic of Germany up to a maximum of € 15,000
- 100% reimbursement for return transports of children up to € 5,000 per child
- 100% reimbursement for transports of stored blood units abroad

Digital health applications

Tariff BD *Prime*/Group

Health Group Insurance

for out-patient medical treatment, dental treatment
and dentures, in-patient medical treatment and delivery

As per January 2026

This tariff is only valid in connection with the General Conditions of Insurance of the Group Insurance for temporary stays in Germany.

I. Eligibility

Every person who fulfils the conditions of the group insurance contract and who is travelling with a temporary residence permit to Germany may be insured according to this tariff (main insured). Accompanying spouses, homosexual partners as per § 1 of the German Lebenspartnerschaftsgesetz (Civil Partnership Law) and children of the main insured person may also be insured (co-insured persons) if they also have a temporary residence permit for Germany.

The insurance period is limited to five years (§ 195 (3) Versicherungsvertragsgesetz - German Insurance Contract Law). Similar previous, temporary coverage, also with another insurer, will be credited against the maximum insurance period which is being

reduced accordingly (§ 195 (3) sentence 2 Versicherungsvertragsgesetz - German Insurance Contract Law).

The coverage ends at the latest after the expiry of the maximum insurance period or of the temporary residence permit for Germany. The insured persons have the right to continue the insurance in a similar unlimited tariff within the group insurance contract if the eligibility in the group insurance is still given. The reached entry age at the time of the tariff change is to be considered. Continued insurance rights as per the according General Conditions of Insurance remain unaffected.

II. Insurance Benefits

1. Out-patient medical treatment

1.1 Medical treatment

This includes consultations, visits, treatments, examinations, way-charges, surgeries as well as special services.

100% of the expenses are reimbursed.

1.2 Rides and transports

Rides and transports to and from the nearest suitable physician in case of

- emergencies,
- inability to walk,
- dialysis,
- deep X-ray therapy,
- chemotherapy,
- out-patient surgeries on the day of surgery provided that an active participation in traffic is not possible due to medical reasons.

Transports are reimbursable if during the transportation a professional supervision or particular equipment in a special transport vehicle is necessary.

100% of the expenses are reimbursed.

1.3 X-ray diagnosis and therapy

100% of the expenses are reimbursed.

1.4 Remedies

The following remedies are covered:

physiotherapy/kinesitherapy, remedial exercises, massages, physiotherapy in palliative care, packs/hydrotherapy/baths, inhalations, cryotherapy and thermotherapy, electrical and physical medical treatment, electrotherapy, phototherapy, irradiation, speech therapy, ergotherapy (occupational therapy), chiropody, nutrition therapy, prenatal classes/pregnancy exercises as well as recovery gymnastics.

After prior written agreement rehabilitation sport/functional training in groups and carried out by recognised service providers will also be covered.

100% of the reimbursable expenses up to the listed prices in the register of remedies (app. 1) are covered.

1.5 Medicaments and dressings

100% of the expenses are reimbursed.

1.6 Visual aids

100% of the expenses will be reimbursed up to a total of € 325. The entitlement for this benefit is renewed at the earliest 2 years after the last purchase of visual aids. New visual aids can be claimed before the end of the 2 years period in case the visual acuity has changed by at least 0,5 dioptres.

1.7 Medical aids (with the exception of visual aids)

Expenses for aids (objective and technical devices as well as body replacements)

- that directly palliate or balance handicaps, sequelae of diseases or accidents (e. g. wheel chairs, prostheses),
- that are necessary for a therapy and diagnostics (e.g. blood pressure monitors),
- that are decisive for life support (life-preserving aids such as oxygen resuscitation apparatus) are reimbursable.

Furthermore, the costs for the purchase and the training of a guide dog are reimbursed. Expenses for the consultation of communication assistance according to the regulation of communication assistance (e.g. sign language interpreter, speech-to-text interpreter) are also covered provided that this is necessary in order to claim the benefits according to this tariff.

Moreover, the costs for the instruction, maintenance and repair of aids, except for repairs of soles and heels of orthopaedic made-to-measure shoes, are reimbursed.

Aids are not reimbursable

- if they are covered by the German Compulsory Long-Term Care Insurance,
- if they belong to fitness, wellness and/or relaxing,
- if they are basic commodities and hygiene articles of daily use (e.g. clinical thermometer, anti-allergic bed linen).

Aids which are required for a limited period of time should rather be leased.

Generally, the insurer offers support for the choice and purchase or lease of suitable aids via the aids service provider. Therefore it is recommended to provide the insurer with the medical prescription for the medical aid in advance if the invoice amounts to € 350 and more.

100% of the reimbursable expenses are covered.

1.8 Medical check-ups

These include medical check-ups for early recognition of diseases as per the legally introduced programmes in the Federal Republic of Germany.

100% of the reimbursable expenses are covered.

1.9 Vaccinations

Expenses for vaccinations against influenza, tetanus, diphtheria, rabies, poliomyelitis as well as tick bites are reimbursable.

The costs for single or multiple vaccinations recommended by the German Permanent Vaccination Committee in the Robert Koch-Institut (STIKO – Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut) are also reimbursable; excluded are vaccinations that are recommended before a trip abroad and vaccinations due to professional activity, which the employer has to offer on the basis of legal regulation.

100% of the reimbursable expenses are covered.

1.10 Psychotherapy

100% of the expenses are reimbursed.

1.11 (Male) Midwife services

Expenses for midwife assistance (e.g. prenatal care, care during pregnancy, obstetrics, childbed care, way charges), carried out by a female or male midwife are reimbursable.

In case of a home birth a lump-sum for deliveries of € 750 is paid on top of the reimbursement for midwife assistance and as per II.1.1 to 1.9 in order to compensate for other costs.

In case of a delivery in an institution which is managed by midwives (e.g. birth house, midwife house), the occurred costs will be reimbursed instead of the delivery lump-sum of € 750, however only the costs which would have occurred for a correspondent delivery in a hospital. These costs are also reimbursable if the mother has to be admitted to hospital while giving birth (start of labours or rupture of the membranes).

100% of the reimbursable expenses are covered.

1.12 Artificial insemination

50% of the reimbursable costs agreed upon in the treatment plan are reimbursed.

The costs for an artificial insemination (measures of the assisted reproductive medicine to treat infertility) are reimbursable after prior written consent if besides the medical necessity the following conditions are met:

- The insured person suffers from an organic sterility which can only be treated with reproductive medicine.
- At the time of the treatment the woman is younger than 40 years of age.
- The treatment is carried out on married couples or couples living in a consensual union and only the eggs and sperms of the couple are used (homologue insemination).
- The treatment complies with the German law.
- Before starting the treatment the insurer has to be provided with a therapy and cost plan.

Under the above-stated conditions the following benefits are covered as per the tariff:

- 8 insemination cycles in the spontaneous cycle and
- 3 insemination cycles according to hormonal stimulation

as well as a total of maximum up to 3 attempts from the following measures:

- in vitro fertilisation (IVF)
- intracytoplasmic sperm injection (ICSI) (including the thereof necessary IVF)
- intra-tubal gamete transfer (GIFT), a max of 2 attempts hereof.

The number of reimbursable attempts increases by the number of attempts in which a clinically proven pregnancy occurred but where it was unsuccessful due to complications (e.g. due to abortion).

In case of a successful birth, the insured person is again eligible for the benefits of artificial insemination as per the tariff if the above-stated conditions are met.

If the insured person or his/her partner is eligible for benefits with a different service provider (e.g. statutory or private health insurance) for reproductive medical procedures, the other insurance contract shall have priority over this contract. The insurer is only obliged to provide benefits for expenses that remain unpaid after the advance payment of the other service provider.

1.13 Cryopreservation

Expenses for a one-time cryopreservation of egg cells and/or sperm cells or germ cell tissue are reimbursable after prior written consent. We will therefore reimburse the costs for

- the preparation and collection,
 - the processing,
 - the transport,
 - the freezing,
 - the storage and
 - the subsequent thawing
- of egg and/or sperm cells or germ cell tissue.

We will grant cover when the insured person

- receives a medically necessary therapy which is likely to damage germ cells and
- can claim benefits for artificial insemination according to II.1.12.

We will only reimburse the costs for storage as long as the insured person could claim benefits for artificial insemination in accordance with II.1.12.

100% of the eligible expenses will be reimbursed.

1.14 Specialised out-patient palliative care

The costs for a medically prescribed specialised out-patient palliative care whose aim is to enable the care of the insured person in the familiar domestic surroundings or within the family are reimbursable if

- the insured person suffers from an incurable and progressive disease which is already at an advanced stage,
- the limited life expectancy is predicted to be weeks or few months – for children some years – and
- an extremely expensive care will be necessary.

Homes for the elderly, in-patient nursing care facilities and hospices are also deemed to be familiar domestic surroundings.

100% of the reimbursable expenses for specialised out-patient palliative care carried out by doctors and specialists are covered up to the amount which would be invoiced to a person insured in the statutory health insurance.

1.15 Home nursing

Costs for a medically prescribed domestic nursing (consisting of medical treatment care – e.g. change of dressing, giving medicaments, to measure blood pressure –, daily care and the organisation of the household) outside of in-patient institutions such as nursing homes, hospices and rehabilitation facilities carried out by suitable experts are reimbursed if a person living in the same household of the sick person is not able to nurse and care for the insured person as necessary and if

- the domestic care is necessary to guarantee the aim of the medical treatment (case A) or

- a hospital treatment is recommended, but cannot be carried out or if a hospital treatment can be avoided or shortened with home nursing (case B),

to the extent defined below:

- a) In cases A and B the costs for medical treatments (e.g. wound care, change of dressings) are reimbursed.

In case that a hospital stay can be avoided (case B), also the expenses for the daily care (e.g. personal hygiene, dressing and undressing) and for the organisation of the household (e.g. shopping, cooking) are reimbursable for up to four weeks per claim provided that there is no need for care within the terms of the German Long-Term Care Insurance. Above the period of four weeks the costs will only be reimbursed if the insurer has agreed in writing beforehand. A prior written consent is given as far as the necessary conditions are still met.

- b) 100% of the costs mentioned in a) are reimbursed if they are reasonable. The costs are reasonable up to the amount of the general customary rates.

An intensive medical nursing care occurs if for an expected period of at least 6 months an especially high need of medical care exists, which requires the permanent presence of a suitable nurse for individual control and commitment, especially because nursing measures are unpredictably required during day and night time and of uncertain intensity and frequency, or if the handling or control of a life-sustaining aid (e.g. oxygen resuscitation apparatus) is required day and night.

If this intensive medical nursing care can be carried out in the domestic surroundings or in a suitable institution (nursing home) within a radius of 50 km, the respective most favourable costs for this nursing care are regarded as reasonable; this is not applicable if the intensive medical nursing care in the domestic surroundings concerns a person younger than 18 years of age.

The reasonable costs for intensive medical nursing care are also reimbursed for stays in in-patient institutions (e.g. nursing homes).

It is recommended to ask the insurer for a treatment guarantee in order to assess the adequacy of the costs.

2 Out-patient medical treatment by an alternative practitioner according to the German Heilpraktikergesetz (Alternative Medical Practitioners Act – see HPG § 4 (2) MB/KK 2009)

This includes:

All methods of examination and treatment mentioned in the relevant table of costs for alternative practitioners (see German version of Gebüh – as off 1985), including remedies and way charges up to the respective stated maximum amount, as well as medicines and dressings.

100% of the expenses are reimbursed.

3. Cure treatment

In case of a cure in a spa or health resort, also in case of a stay in a sanatorium, the reimbursable costs mentioned in II.1 (out-patient medical treatment) are reimbursed as per the percentages

mentioned there. 100% of the expenses for the spa tax and the cure plan are reimbursed.

4 In-patient medical treatment

4.1 General hospital benefits

- a) In hospitals which charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefits) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates), costs for general hospital benefits are: nursing charges, special costs, case lump-sums as well as the medically necessary admission of an accompanying person (rooming-in); if the insured person did not reach the age of 16 years at the beginning of the in-patient medical treatment, the admission of an accompanying person is always deemed to be medically necessary.
- b) In hospitals which do not charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Fees) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates), costs for general hospital benefits are: accommodation in a three or more bedded room (standard hospital benefits) including the physician fees and additional costs, fees for a (male) midwife as well as the medically necessary admission of an accompanying person (rooming-in); if the insured person did not reach the age of 16 years at the beginning of the in-patient medical treatment, the admission of an accompanying person is always deemed to be medically necessary.

The insurer is liable to reimburse the expenses from the hospitals in Germany insofar as they do not exceed the fixed charges according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefits) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates) by 100%. Decisive for the calculation is the state-wide base rate of the federal state in which the insured person has been treated. The limit does not apply when the hospital constitutes the closest suitable medical institution in case of an emergency, hence a not foreseeable treatment.

Separately charged services of a physician who also looks after his patients in a hospital, having extra beds there, and of a (male) mid-wife are included in the general hospital benefits as well.

4.2 Optional Services

- a) In hospitals which charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefits) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates), optional services, according to those regulations, are the separately calculable accommodation in a one or two bedded room (supplement to the nursing charge) and the private treatment that has been agreed upon separately.
- b) In hospitals which do not charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefit) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates), optional services are the additional costs for a one or two bedded room and the private treatment that has been agreed upon separately.

c)

100% of the reimbursable expenses are covered for stays in a one, two or more bedded room.

For optional services during an in-patient medical treatment that have not been used, the main insured person gets a daily hospital allowance as follows:

Tariff insured	accommodation	with private treatment	without private treatment
BD Prime	one bedded room	-	€ 15
	two bedded room	€ 20	€ 35
	more bedded room	€ 30	€ 45

In case of a day-care treatment and transitional care in hospital (see II.4.4), no daily hospital allowance is paid.

4.3 Ambulance transport

Transports to and from the closest suitable hospital.

100% of the expenses are reimbursed.

4.4 Transitional care in hospital

Benefits for transitional care in hospital are eligible for reimbursement if home nursing care, short-term care, medical rehabilitation benefits or care benefits under compulsory social or private long-term care insurance are required but cannot be provided or can only be provided at considerable expense. Transitional care must be provided immediately following medically necessary treatment in a hospital.

The benefits for transitional care include the provision of medicaments, remedies and medical aids, the activation of the insured person, basic and treatment care, discharge management, accommodation and meals as well as the medical treatment required in individual cases.

Optional services in accordance with 4.2 are not eligible for reimbursement.

The reimbursable expenses are

- for a maximum of 10 days per hospital treatment and
- per day up to a maximum of the amount that would have to be paid for the treatment of an insured person covered by statutory health insurance, reimbursed.

4.5 In-patient care in hospices

The costs for a medically prescribed, necessary in-patient or day-care treatment in a hospice in which palliative medical treatment is provided are reimbursable if

- the insured person suffers from an incurable and progressive disease which is already at an advanced stage,
- the limited life expectancy is predicted to be weeks or few months – for children some years – and
- an out-patient care in the household or family of the insured person or if care in a nursing institution cannot be provided reasonably anymore.

The reimbursable costs will be covered up to the amount which would be paid for the care of a person insured in the statutory health insurance after deducting other entitlements for benefits, e.g. benefits payable from a private long-term care insurance.

5. Reimbursement of costs for an accompanying person

If an insured person is hospitalised and is accompanied by a person, the separately charged costs for accommodation and food for this accompanying person are also reimbursed given that an accompanying person is medically necessary.

The period that the accompanying person is staying and the expenses for accommodation and food of that person are to be proved in writing by the hospital.

6. Childcare allowance

In case of a medically necessary in-patient stay of the insured parent caring for the child or any in-patient stay of the parent as an accompanying person (see II.4.1), a daily allowance of € 25 is paid if at least one child up to the age of 12 is living in the same household on-site and does not accompany the hospital/hospice stay.

7. Dental and orthodontic benefits

100% of the reimbursable costs are covered up to a total of € 3,000 per person and calendar year for:

7.1 Dental treatment

This includes general, preventive, preservative and surgical benefits, X-rays, treatment of mouth and jaw diseases as well as treatment of periodontitis.

7.2 Benefits for dentures

This includes prosthetic benefits, crowns of all kind, bridges and pivot teeth, inlays, repair of dentures, dental and occlusal splints, functional analytic and therapeutic measures, implants (including the therefore necessary preparatory surgical measures to build up the jawbone) including the respectively related dental services and materials.

7.3 Orthodontic measures

This includes orthodontic measures including the respectively related dental services and materials.

8. Repatriation

100% of the necessary costs for a repatriation to the Federal Republic of Germany or to the country out of which the main insured person has left originally are reimbursed if the ill or injured person is not able to travel as a regular passenger in the own or public means of transport and

- no reasonable treatment is possible in the country of residence or
- if according to the type and severity of the disease or accident consequences a medically necessary hospital treatment would last more than two weeks.

The entitlement for reimbursement is reduced by the travel costs which would have occurred in the normal course of the travel as far as the insured person is entitled to a refund for the non-utilisation of the normal return journey.

9. Repatriation of mortal remains to the home country or funeral in the Federal Republic of Germany

100% of the necessary expenses will be reimbursed up to the total of € 15,000.

10. Return transport of children

The necessary travel costs of a return transport of co-insured children under 16 years of age are reimbursable provided that the main insured person and all co-insured adults have been transported back or are deceased. The travel costs include the costs for a transport to and from the travel destination of an accompanying person as well as the costs for the return of the children.

100% of the travel costs of the general transport category will be reimbursed for each insured child as well as the necessary costs for an overnight stay; however not more than € 5,000 in total.

11. Transport of stored blood units abroad

The costs for a transport of stored blood units abroad are reimbursable if stored blood units are medically necessary for a surgery outside Europe and the foreign available blood units may be infected.

100% of the expenses are reimbursed.

12. Digital health applications

12.1 In the event of an insured case, expenses for digital health applications included in the list of digital health applications of the Federal Institute for Drugs and Medical Devices (compare with § 139e (1) SGB V, see Annex 2) are reimbursable at 100% up to the prices specified therein, if these applications

- a) are according to the prescription of the attending physician or the attending psychotherapist, or
- b) are claimed for after prior written consent of the insurer.

12.2 Other digital health applications are also reimbursable at 80% up to an invoice amount of € 2,000 per year in the event of an insured case, provided that the insurer has agreed to reimburse them in writing prior to their use.

12.3 The benefits are initially provided for a maximum of 12 months. Thereafter, a new prescription or prior written consent is required in each case.

12.4 Instead of providing reimbursement of expenses, the insurer can also provide the digital health applications itself. The limitation according to II.12.3 applies accordingly in this case.

12.5 The reimbursable expenses will exclusively include the costs for the acquisition of the rights of use to the digital health application. We will not reimburse any costs in connection with the use of the digital health applications, in particular for the acquisition and operation of mobile end devices or computers, including internet, electricity and battery costs.

III. Further Insurance Coverage

If in the event of a claim benefits can be claimed from other insurance contracts, those benefit obligations shall have priority. This also applies if subordinate liability is stipulated in one of those insurance contracts, irrespective of when the other insurance contracts were concluded. The reimbursable costs are reduced by the amount reimbursed by the other insurer. If the other insurer does not reimburse within the contractual or statutory scope, a maximum of 50% out of this tariff will be reimbursed. In

case that the insurance benefits as per II. are not covered with the other insurer, these will be fully reimbursed.

If an entitlement for benefits exists towards service providers other than those specified in § 5 (3) of the General Conditions of the group insurance for temporary stays in Germany, the main insured is free to decide which party to report the claim to. In case the main insured person reports the claim to Hallesche Krankenversicherung a. G. first, it will make an advance payment within the framework of its obligations. Additionally, § 12 of these General Conditions of Insurance applies.

Appendices

Appendix 1

List of remedies

	reimbursable up to €
Physical therapy/movement-based exercises	
Initial physiotherapeutic findings for the preparation of a treatment plan, once per treatment case	19.00
Physical therapy report upon written request of the prescribed person	73.10
Physiotherapeutic diagnostics (PD), once per blank prescription	41.20
Needs diagnostics (BD), once per blank prescription	30.90
Physiotherapy, also on a neuro-physiological basis, respiratory therapy, as individual treatment including the necessary massage, guideline value: 15-20 minutes	33.40
Physiotherapy on a neurophysiological basis (KG-ZNS according to Bobath, Vojta, Proprioceptive Neuromuscular Facilitation [PNF]) for central movement disorders acquired after reaching the age of 18 as individual treatment, guideline value: 25-35 minutes	52.90
Physiotherapy treatment on a neurophysiological basis (KG-ZNS according to Bobath, Vojta) for central movement disorders as individual treatment for children until the age of 18 at latest, guideline value: 30-45 minutes	66.10
Physiotherapy in a group (2-8 persons), guideline value: 20-30 minutes, per participant	15.00
Physiotherapy for cerebral dysfunctions in a group (2-4 persons), guideline value: 20-30 minutes, per participant	18.70
Physiotherapy (breathing therapy) for cystic fibrosis and severe bronchial diseases as individual treatment, guideline value: 60 minutes	99.90
Physiotherapy in the exercise pool	
• as individual treatment, including the necessary rest, guideline value: 20-30 minutes	38.10
• in a group (2-3 persons) per participants, including the necessary rest, guideline value: 20-30 minutes	27.20
• in a group (4-5 persons), per participant, including the necessary rest, guideline value: 20-30 minutes	18.00
Manual therapy, guideline value: 15-25 minutes	40.10
Chiropractic (functional spinal gymnastics) as individual treatment, guideline value: 15-20 minutes	23.00
Movement-based exercises	
• as individual treatment, guideline value: 10-20 minutes	15.50
• in a group (2-5 persons), guideline value: 10-20 minutes	9.60
Movement-based exercises in the exercise pool	
• As individual treatment, including the necessary rest, guideline value: 20-30 minutes	37.00
• in a group in the exercise pool (2-3 persons), per participant, including the necessary rest, guideline value: 20-30 minutes	27.10
• in a group (4-5 persons), per participant, including the necessary rest, guideline value: 20-30 minutes	18.30
Extended ambulatory physiotherapy (EAP), guideline value: 120 minutes, per treatment day (Note: This special therapy is associated with specific indications.)	132.60
Device-supported physiotherapy (physiotherapy device), including Medical Advanced Training (MAT) and Medical Training Therapy (MTT), up to 3 persons per session for parallel individual treatment, guideline value: 60 minutes	62.70
Traction treatment with device (e.g. inclined board, extension table, Perl device, sling table) as individual treatment, guideline value: 10-20 minutes	10.20
Massages	
Massages of single or multiple body parts:	
• Classical massage therapy (CMT), segmental, periosteal, reflex zone, brush and colon massage, guideline value: 15-20 minutes	24.30
• Connective tissue massage, guideline value: 30 minutes	29.30
Manual lymphatic drainage (MLD)	
• Partial treatment, guideline value: 30 minutes	40.40
• Large-scale treatment, guideline value: 45 minutes	60.70
• Full treatment, guideline value: 60 minutes	80.80
• Compression bandaging of a limb, expenses for the necessary padding and bandaging material (e.g. gauze bandages, short-stretch bandages, flow padded bandages) shall also be reimbursable	25.80
Underwater pressure jet massage, including the necessary rest, guideline value: 15-20 minutes	38.00
Palliative care	
Physiotherapeutic complex treatment in palliative care, guideline value: 60 minutes	75.90
Expenses for this shall be reimbursable separately, provided they are not already covered by specialized outpatient palliative care.	

	reimbursable up to €
Packs, hydrotherapy, baths	
Hot roll, including the necessary rest, guideline value: 10-15 minutes	15.70
Warm pack of one or more parts of the body, including the necessary rest	
• when using reusable packing materials (e.g. paraffin, fango-paraffin, moor paraffin, pelose, Turbatherm)	18.20
• when using single use natural peloids (healing earth, moor, natural fango, pelose, mud, silt) without using foil or fleece between skin and peloid	39.00
• Partial packaging	31.20
• Bulk packaging	28.10
Sweat compress (e.g. "Spanish jacket", salt shirt, three-quarter compress according to Kneipp), including the necessary rest	55.00
Cold pack (partial pack)	22.70
• Application of clay, curd cheese, etc.	4.80
• Application of single-use peloids (healing earth, moor, natural fango, pelose, mud, silt) without using foil or fleece between skin and peloid	23.40
Hay flower bag, peloid compress	14.00
Other packs (e.g. wraps, pads, compresses) also with addition	7.10
Dry pack	4.80
Partial cast, partial flash cast, interchangeable part cast	4.80
Full cast, full flash cast, full interchangeable cast	7.10
Slapping, rubbing, washing up	6.30
Ascending or descending partial bath (e.g. Hauffe), including the necessary rest	18.70
Ascending or descending full bath (overheating bath), including the necessary rest	30.40
Alternating partial bath, including the necessary rest	14.00
Full alternating bath, including the necessary rest	20.30
Brush massage bath, including the necessary rest	28.90
Partial natural moor bath, including the necessary rest	49.80
Full natural moor bath, including the necessary rest	62.30
Sand bath, including the necessary rest	43.60
• Partial bath	49.80
Balneo phototherapy (brine light phototherapy) and light-oil bath, including re-greasing and the necessary rest	49.80
Medical baths with additive	10.20
• Hand, foot bath	20.30
• Partial bath, including the necessary rest	28.10
• Full bath, including the necessary rest	4.80
• if there are several additions, each further addition	4.80
• For partial and full baths with local natural healing waters, the maximum amounts shall be increased by € 4.80.	13.20

Baths containing gas	
• Baths containing gas (e.g. carbonic acid bath, oxygen bath), including the necessary rest	31.20
• Gaseous bath with additive, including the necessary rest	34.20
• Gas bath with local natural healing waters and with additives, including the necessary rest	39.00
• Carbon dioxide gas bath (carbonic acid gas bath), including the necessary rest	28.10
• Radon bath, including the necessary rest	4.80
• Radon additive, 500,000 millistat each	14.00
Inhalations	
Inhalation therapy - also by means of ultrasound nebulisation	
- as single inhalation	5.60
- as room inhalation in a group, per participant	8.70
- as room inhalation in a group – but with the use of local natural healing waters, per participant	17.20
Expenses for the additives required for inhalations shall also be reimbursable separately.	
Radon inhalation in the tunnel	21.00
Radon inhalation through hoods	17.20
Cold and heat treatment	
Cold therapy of one or more body parts with local application of intensive cold in the form of ice compresses, frozen ice or gel bags, direct rubbing, cold gas and cold air with appropriate equipment as well as partial ice baths in foot or arm baths, guideline value: 5-10 minutes	14.90
Heat therapy using hot air for one or more body parts, guideline value: 10-20 minutes	8.70
Ultrasound heat therapy, guideline value: 10-20 minutes	16.50
Electrotherapy	
Electrotherapy of one or more parts of the body with individually adjusted current strengths and frequencies, guideline value: 10-20 minutes	9.60
Electrostimulation for paralysis, guideline value: per muscle nerve unit 5-10 minutes	21.10
Iontophoresis, phonophoresis	9.50
Hydroelectric partial bath, guideline value: 10-20 minutes (two or four cell bath)	17.20
Hydroelectric full bath (e.g. balvanic bath), also with additives, including the necessary rest, guideline value: 10-20 minutes	33.40
Light therapy	
Treatment with ultraviolet light	
• as individual treatment	4.80
• in a group, per participant	4.00
Irritation treatment of a circumscribed area of skin with ultraviolet light	4.80
Treatment of irritation in several circumscribed skin areas with ultraviolet light	8.00
Irradiation of a field with quartz lamp pressure	9.50
Irradiation of several fields with quartz lamp pressure	13.20

reimbursable up to €		
Speech therapy (voice, speech, language and swallow therapy)		
Initial voice, speech, language and swallow therapy diagnostics to draw up a treatment plan, once per treatment case, guideline value: 60 minutes	134.90	- for functional mental disorders, guideline value: 75 minutes, per participant 81.00
Detailed report (except the speech therapy report for the prescribing physician)	20.70	- for functional motor disorders, guideline value: 45 minutes, per participant 21.30
Voice, speech language and swallow therapy needs assessment, guideline value: 30 minutes	67.60	- for sensorimotor or perceptive disorders, guideline value: 60 minutes, per participant 28.50
Expenses for up to two units of diagnostics (either one unit of initial diagnostics and one unit of diagnostics on demand or two units of diagnostics on demand) per calendar half-year are reimbursable within one treatment case		- for functional mental disorders, guideline value: 105 minutes, per participant 49.60
Report to the prescribed person	7.60	- for functional mental disorders as a stress test, guideline value: 180 minutes, per participant 80.80
Report on special request of the prescribed person	134.90	Brain performance training / neuropsychologically oriented individual treatment, guideline value: 45 minutes 60.80
Individual treatment for speech, language, voice and swallow disorders		Brain performance training, individual treatment as counseling for integration into the home and social environment in the context of a visit to the home or social environment, guideline value: 120 minutes, once per treatment case 175.30
- • Guideline value: 30 minutes	60.10	Brain performance training as parallel treatment in the presence of two persons to be treated, guideline: 45 minutes, per participant 48.70
- • Guideline value: 45 minutes	82.50	Brain performance training as group treatment, guideline value: 60 minutes, per participant 28.50
- • Guideline value: 60 minutes	105.00	
- • Guideline value: 90 minutes	119.00	
Group treatment for speech, language, voice and swallow disorders per participant		
- Group (2 persons), guideline value: 45 minutes	74.20	
- Group (3-5 persons), guideline value: 45 minutes	39.80	
- Group (2 persons), guideline value: 90 minutes	134.90	
- Group (3-5 persons), guideline value: 90 minutes	67.60	
Ergotherapy (Occupational therapy)		
Functional analysis and initial consultation, including consultation and treatment planning, once per treatment case	50.90	
Individual treatment		
- for functional motor disorders, guideline value: 45 minutes	60.80	Initial finding - initial finding (small), guideline value: 20 minutes 31.30
- for sensorimotor or perceptive disorders, guideline value: 60 minutes	81.00	-initial finding (large), once per calendar year, guideline value: 45 minutes 62.70
- for functional mental disorders, guideline value: 75 minutes	101.20	-initial finding, once per service provider, guideline value: 20 minutes 25.20
Individual treatment as counseling for integration into the home and social environment in the context of a visit to the home or social environment, once per treatment case		Therapy report upon written request of the prescribing person 18.90
- for motor-functional disorders, guideline value: 120 minutes	162.00	Fitting of a one-piece unilateral and bilateral nail correction brace, e.g. according to Ross Fraser 110.90
- for sensorimotor or perceptive disorders, guideline value: 120 minutes	210.00	Fabrication of a one-piece unilateral and bilateral nail correction brace, e.g. according to Ross Fraser 60.80
- for functional mental disorders, guideline value: 120 minutes	175.30	Readjustment of the one-piece unilateral and bilateral nail correction brace, e.g. according to Ross Fraser 55.60
Parallel treatment (in the presence of two persons to be treated)		Preparation of the nail, fitting and application of a multi-part bilateral nail correction brace 105.80
- for motor-functional disorders, guideline value: 45 minutes, per participant	48.70	Preparation of the nail, fitting and application of a one-piece plastic or metal nail correction brace 60.50
- for sensorimotor or perceptive disorders, guideline value: 60 minutes, per participant	64.80	Indication-specific check for fit and accuracy of fit 19.40
		Treatment completion/if applicable including the removal of the nail correction brace 29.00

reimbursable up to €		
Adjustment of the orthonyxia clasp according to Ross-Fraser, one-piece including clasp check after 1 to 2 days	43.10	
Replacement with an orthonyxia brace according to Ross-Fraser, one-piece due to loss or breakage of the brace with existing model including application	74.60	
Treatment with a prefabricated bilateral spring steel wire orthonyxia brace, three-part, including individual brace shaping, application and brace fit check after 1 to 2 days	86.10	
Treatment with a ready-made adhesive clasp including application and clasp fit check after 1 to 2 days	43.10	
Nutritional therapy		
Nutritional therapy is reimbursable as a remedy if it is provided by dieticians, oecotrophologists or nutritionists.		
Nutritional-therapeutic anamnesis, once per treatment case, guideline value: 60 minutes	89.10	
Calculation and evaluation of nutrition protocols and development of corresponding individual recommendations, guideline value: 60 minutes	73.00	
Necessary coordination of therapy with a third party	73.00	
Nutritional-therapeutic anamnesis, once per treatment case, guideline value: 30 minutes	44.60	
Nutritional therapy intervention as individual treatment, guideline value: 60 minutes	89.10	
Nutritional therapy intervention as individual treatment in the home or social environment, guideline value: 60 minutes	89.10	
Nutritional therapy intervention as group treatment, guideline value: 30 minutes	31.20	
Nutritional therapy intervention as group treatment, guideline value: 60 minutes	62.40	
Birth preparation / pregnancy gymnastics / postpartum gymnastics		
Birth preparation/pregnancy gymnastics with group instruction (up to 10 pregnant women per group), maximum 14 hours, per lesson (60 minutes), per participant	16.50	
Preparation for childbirth/pregnancy exercises as individual instruction, on doctor's orders, maximum 28 teaching units of 15 minutes each, per unit	21.40	
Postpartum gymnastics with instruction in a group (up to 10 persons), maximum 10 hours, per lesson (60 minutes), per participant	16.50	
Postpartum gymnastics as individual instruction, on doctor's orders, maximum 20 teaching units of 15 minutes each, per unit	21.40	
Rehabilitation sports / functional training		
Rehabilitation sports in groups under medical care and supervision, per participant		
• General rehabilitation sports	8.10	
• Rehabilitation sports in water	10.80	
• Rehabilitation sports in heart groups	12.50	
• Rehabilitation sports for severely disabled people who require increased care	17.20	
For children up to the age of 14:		
• General rehabilitation sports	11.90	
• Rehabilitation sports in water	16.30	
• Rehabilitation sports in children's heart groups	23.00	
• Rehabilitation sports for severely disabled children	21.90	
Exercises to strengthen self-confidence for children and adults	16.10	
Functional training in groups under expert guidance and supervision, per participant	7.60	
Miscellaneous		
Home visit prescribed by doctor	14.00	
Home visit prescribed by doctor including travel expenses, flat rate. If several patients are visited on the same route, the expenses are only reimbursable pro rata per patient.	29.50	
Visit of one or more patients in a social institution/community, including travel expenses, per patient flat rate	19.30	
Home visit for counseling in the home and social environment (additional expense). The home visit is only reimbursable if the services of individual treatment or brain performance training as counseling or nutritional therapeutic intervention for integration into the home and social environment were provided without a medically prescribed home visit. Expenses for services for medically prescribed home visits including travel costs or visiting a patient in a social institution are not eligible for reimbursement.	29.50	
Transmission fee for communication/report to prescriber	1.70	
Supply-related flat rate per blank prescription	105.10	

Appendix 2

Civil Partnerships Law – Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form and Conditions

(1) Two persons of the same sex set up a civil partnership if they personally and in each other's presence declare before a registrar that they wish to enter into a civil partnership for life (life partner). The declarations may not be subject to a condition or a time limit.

(2) The registrar should ask each life partner in turn whether they wish to establish a civil partnership. If both life partners respond in the affirmative, the registrar shall declare that the civil partnership is now established. The establishment of the civil partnership can take place in the presence of up to two witnesses.

(3) A civil partnership cannot become established in law

1. with a person being minor or married or who has already entered into a civil partnership with another person;
2. between persons who are directly related to each other;
3. between brothers and sisters or half-brothers and half-sisters;
4. if the life partners agree when entering into the civil partnership that they do not wish to accept any of the obligations set out in § 2.

(4) The promise to establish a civil partnership does not lead to the right to claim for the establishment of such a partnership. § 1297 (2) and §§ 1298 to § 1302 of the German Bürgerliches Gesetzbuch – civil law – apply accordingly.

German Insurance Contract Law - Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 195 Insurance Period

(1) The health insurance coverage which may replace completely or partly the health or long-term care insurance coverage of the statutory social system (substitute health insurance) is timely unlimited subject to (2) and (3) and § 196 and § 199. If the non-substitute health insurance is practised like life assurance, sentence 1 applies accordingly.

(2) It is possible to arrange contract periods in case of an apprenticeship, international, travel and additional insurance coverage.

(3) For a person having a temporary residence permit for Germany it may be agreed that the health insurance ends at the latest after a period of five years. In case a shorter period has been arranged, it is only possible to conclude a similar new contract if a maximum term is stipulated which does not exceed the period of five years after having deducted the insured period from the expired contract; this also applies if the new contract is concluded with another insurer.

Social Security Act, Fifth Book [Sozialgesetzbuch, SGB]

§ 139e Directory for digital health applications; authorisation to prescribe

(1) The Federal Institute for Medication and Medical Devices will maintain a list of reimbursable digital health applications in accordance with § 33a. The directory will be structured according to groups of digital health applications which are comparable in their functions and areas of application. The Federal Institute for Medication and Medical Devices will publish the list and any amendments thereto in the Federal Gazette and on the Internet.