



Tarif Hi.Medical S

Befristete Krankheitskosten-Vollversicherung

Fassung Januar 2025

Wesentliche Merkmale des Tarifs Hi.Medical S

Ambulante Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- Arznei- und Verbandmittel
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme für Kinder/Jugendliche
- Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- Fahrten und Transporte
- Heilmittel bis zu 750 € je Kalenderjahr, bei schweren Erkrankungen darüber hinaus
- Hilfsmittel in einfacher Ausführung
- Hebammenhilfe bzw. Hilfe durch einen Entbindungspfleger
- Strahlendiagnostik und Strahlentherapie

Digitale Gesundheitsanwendungen und Gesundheitservices

Stationäre Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen maximal in der Höhe wie sie im KHEntgG oder in der BPfIV vorgesehen sind, bei einem Notfall auch darüber hinaus
- die Leistungen
 - eines Belegarztes,
 - einer Beleghebamme bzw. Belegentbindungspflegers
- Krankentransporte
- die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus, wenn das zu behandelnde Kind noch keine 16 Jahre alt ist

Krankenrücktransport aus dem Ausland nach Deutschland

Eigenanteil (nicht für stationäre Heilbehandlung)

- **Hi.Medical S P500:**
Von der tariflichen Erstattung ziehen wir 10% ab. Maximal müssen Sie 500 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst bezahlen.
- **Hi.Medical S 1.200:**
Sie müssen 1.200 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst bezahlen.

Nicht versichert sind

- Ambulante Psychotherapie
- Sehhilfen (inkl. refraktive Chirurgie)
- Entwöhnungsbehandlung
- Kinderwunsch-Behandlung
- Ein- und Zweibettzimmer im Krankenhaus
- Privatarzt im Krankenhaus
- Kurbehandlung
- Leistungen beim Zahnarzt

Inhalt

I. Wer kann sich versichern?.....	3	VII. Was erstatten wir bei Übergangspflege im Krankenhaus?.....	7
II. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif Hi.Medical S?.....	3	VIII. Was erstatten wir im Hospiz?	8
III. Wie berücksichtigen wir Gebührenordnungen bei der Erstattung?.....	3	IX. Was erstatten wir für einen Rücktransport nach Deutschland?.....	8
IV. Was erstatten wir für ambulante Heilbehandlungen?.....	3	X. Welchen Eigenanteil ziehen wir von Ihrem Erstattungsbetrag ab?.....	8
V. Was erstatten wir für digitale Gesundheitsanwendungen und digitale Gesundheitsservices?.....	6	Fachbegriffe.....	9
VI. Was erstatten wir für stationäre Heilbehandlung?.....	7	Anhang	11

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb 2020).

I. Wer kann sich versichern?

Um den Vertrag schließen zu können, benötigen Sie bei Versicherungsbeginn einen Wohnsitz in Deutschland.

In diesem Tarif können außerdem nur Personen versichert sein, die

- sich mit einem befristeten Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten und
- nicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- keinen Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge haben.

Die Versicherung endet, sobald eine dieser Voraussetzungen wegfällt.

II. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif Hi.Medical S?

Der Tarif Hi.Medical S steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe Hi.Medical S P500
- Tarifstufe Hi.Medical S 1.200.

Die Tarifstufen unterscheiden sich hinsichtlich des Eigenanteils, den wir von der Erstattung abziehen. Lesen Sie dazu bitte X.

III. Wie berücksichtigen wir Gebührenordnungen bei der Erstattung?

Leistungen, die durch Ärzte erbracht werden, sind von vorne herein nur im Rahmen der >Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig; maximal bis zu den dortigen Höchstsätzen (siehe Anhang 1).

Leistungen, die durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger erbracht werden, sind von vorne herein nur im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig.

IV. Was erstatten wir für ambulante >Heilbehandlungen?

1. Was erstatten wir, wenn der Versicherte durch einen Arzt behandelt wird?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- Beratungen
- Besuche
- Behandlungen
- Untersuchungen
- Hausbesuche
- Operationen
- ärztliche Video-Beratungen und -Untersuchungen
- Sonderleistungen.

2. Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten 100% der Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch

- Harn- und Blutteststreifen sowie
- bestimmte medikamenten-ähnliche Nahrungsmittel,
 - die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden (z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) und
 - die insbesondere >enteral oder >parenteral verabreicht werden.

Wenn der Versicherte derartige Nahrungsmittel braucht, können wir helfen, diese zu beschaffen.

Als Arzneimittel gelten von vorne herein nicht

- Mittel zur Verhütung der Empfängnis
- Geriatrika
- Nähr- und Stärkungsmittel, es sei denn es handelt sich um die oben genannten medikamenten-ähnlichen Nahrungsmittel
- Diätpräparate
- Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen
- Haarwuchsmittel,
- potenzfördernde Mittel
- Kosmetik
- Desinfektionsmittel

- reines Mineralwasser
- Badezusätze
- vergleichbare „Lifestyle-Produkte“.

Dies gilt auch dann, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden und/oder heilende Stoffe enthalten.

3. Was erstatten wir für ambulante Vorsorgeuntersuchungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen für Kinder und Jugendliche, die noch keine 18 Jahre alt sind.

Für ambulante Vorsorgeuntersuchungen wegen Schwangerschaft gibt es keine Altersbegrenzung.

4. Was erstatten wir für Schutzimpfungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden.

Davon ausgenommen sind Impfungen, die

- anlässlich einer Auslandsreise angeraten sind oder
- wegen der beruflichen Tätigkeit vom Arbeitgeber übernommen werden müssen.

5. Was erstatten wir für >Fahrten und >Transporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn

- der Versicherte einen Notfall hat oder
- zur Dialyse, Tiefenbestrahlung oder Chemotherapie gefahren werden muss.

Den Transport erstatten wir nur, wenn der Versicherte während des Transports aus medizinischen Gründen

- eine fachliche Betreuung oder
- die besondere Einrichtung dieses Transportmittels benötigt.

6. Was erstatten wir für >Heilmittel?

Wir erstatten 100% der Kosten für Heilmittel, die in unserem Verzeichnis (siehe Anhang 2) enthalten sind; jeweils bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.

Dabei erstatten wir insgesamt maximal 750 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr. Wir verzichten auf diese Begrenzung, wenn

- die Heilmittel aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendig sind oder
- der Versicherte an einer der folgenden schweren Erkrankungen leidet und das Heilmittel hierfür medizinisch notwendig ist:
 - bösartige Neubildungen (Krebs)
 - dialysepflichtiges Nierenversagen
 - Multiple Sklerose
 - Rheumatoide Arthritis
 - Alzheimer
 - Morbus Parkinson
 - Verlust von Gliedmaßen
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Querschnittslähmung
 - Kinderlähmung
 - Verbrennungen
 - Schlaganfall
 - Wirbelkörperfraktur
 - Amyotrophe Lateralsklerose
 - Arthrose im Knie bzw. in der Hüfte
 - Morbus Bechterew
 - Mukoviszidose

7. Was erstatten wir für medizinische Hilfsmittel?

a) Wir erstatten 100% der Kosten für medizinische Hilfsmittel in Standardausführung (einfache Ausführung),

- wenn sie die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- wenn der Versicherte diese zur Therapie und Diagnostik braucht (z.B. Blutdruckmessgeräte) oder
- um am Leben zu bleiben (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Wir erstatten auch 100% der Kosten für die Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln. Wir erstatten aber keine Reparaturen von orthopädischen Maßschuhen.

Wir leisten von vorne herein nicht für

- Hilfsmittel, die die Pflege-Pflichtversicherung erstatten muss,
- Hilfsmittel, die zum Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich gehören,

- Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

b) Folgende Hilfsmittel erstatten wir nur bis zu einem bestimmten Betrag:

- Für orthopädische Schuhe oder eine orthopädische Anpassung von Schuhen oder Einlagen erstatten wir für jeden Versicherten bis zu 250 € im Kalenderjahr.
- Für eine Hörhilfe erhält der Versicherte einmal innerhalb der gesamten Versicherungsdauer bis zu 1.500 € für jedes Ohr. Sofern ein Hörverlust nur durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, erstatten wir im Rahmen dieser Versorgung einmal bis zu 4.000 € je Ohr.

c) Kostet das Hilfsmittel voraussichtlich mehr als 350 €, müssen Sie

- uns die ärztliche Verordnung vorab vorlegen und
- uns beauftragen, das Hilfsmittel (Leihgerät oder Kauf) über unseren Partner oder geeignete Sanitätshäuser auszuliefern.

Dies gilt auch, wenn das Hilfsmittel voraussichtlich weniger als 350 € kostet, aber innerhalb eines Kalenderjahres mehrfach benötigt wird (z.B. ➤Stoma-Artikel).

Erfüllen Sie diese Voraussetzungen nicht, kürzen wir unsere Erstattung auf 75%. Können wir das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen, gilt diese Kürzung nicht.

8. Was erstatten wir für Hebammen oder Entbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für eine Hebammenhilfe bzw. Hilfe durch einen Entbindungspfleger.

Dazu zählen zum Beispiel

- Mutterschaftsvorsorge
- Schwangerenbetreuung
- Geburtshilfe
- Wochenbettbetreuung
- Gebühren für Hausbesuche

Entbindet eine Versicherte in einer Einrichtung, die von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitet wird (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus), erstatten wir Ihnen die Kosten bis zu der Höhe, die bei einer Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Wir erstatten die Kosten auch dann, wenn während der

Geburt die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

9. Was erstatten wir für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie.

10. Was erstatten wir für häusliche Krankenpflege?

a) Wir erstatten die Kosten für häusliche Krankenpflege eines Versicherten, wenn

- sie von einem Arzt verordnet wurde,
- sie von geeigneten Fachkräften außerhalb stationärer Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird und
- eine im Haushalt lebende Person den Versicherten nicht ausreichend pflegen und versorgen kann.

Weitere Voraussetzung ist, dass

- die Krankenpflege das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern soll (Sicherungspflege) oder
- eine Krankenhausbehandlung geboten, diese aber nicht ausführbar ist oder dass sich mit häuslicher Krankenpflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen lässt (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- die häusliche Krankenpflege wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung notwendig ist (Unterstützungspflege).

Wir erstatten unter diesen Voraussetzungen

- stets die Kosten für ➤medizinische Behandlungspflege,
- bei Unterstützungspflege, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht und bei Krankenhausvermeidungspflege auch die Kosten der ➤Grundpflege sowie eine ➤hauswirtschaftliche Versorgung. Wir erstatten diese Kosten maximal für 4 Wochen. Brauchen Sie die Leistung länger, müssen wir Ihnen das vorher schriftlich zusagen.

b) Dabei erstatten wir die Kosten zu 100%, soweit diese angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen maximal in Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Liegt jedoch eine ➤Intensiv-Behandlungspflege vor und ist diese 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 Kosten für Intensiv-Behandlungspflege erstatten wir auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime).

11. Was erstatten wir für Soziotherapie?

Wir erstatten die Kosten einer Soziotherapie zu 100%. Für jeden Versicherten können während der gesamten Laufzeit des Tarifs maximal 120 Stunden beansprucht werden.

Die Erstattung setzt voraus, dass der Versicherte eine schwere psychische Erkrankung hat und deshalb nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und

- die Soziotherapie eine Behandlung im Krankenhaus vermeidet oder verkürzt oder
- eine Behandlung im Krankenhaus zwar geboten notwendig, aber nicht ausführbar ist.

Eine Soziotherapie können durchführen:

- Ärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder
- nach Verordnung durch diese Ärzte auch Fachkräfte für Soziotherapie.

Aufwendungen für Ärzte erstatten wir im Rahmen der GOÄ (vgl. III.). Die Kosten für Fachkräfte für Soziotherapie erstatten wir bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

12. Was erstatten wir für spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ermöglicht, dass der Versicherte in seiner vertrauten häuslichen Umgebung, im Hospiz, im Altersheim

oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreut wird, wenn er

- an einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- nur noch Wochen oder wenige Monate zu leben hat (bei Kindern auch Jahre) und
- besonders aufwändig versorgt werden muss.

Wir erstatten die Kosten zu 100%. Dies setzt voraus, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- ärztlich verordnet ist und
- der Versicherte durch Ärzte und Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung versorgt wird.

Wir erstatten die Kosten bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

V. Was erstatten wir für digitale Gesundheitsanwendungen und ➤digitale Gesundheitsservices?

(1) Wir erstatten im ➤Versicherungsfall 100% der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V, siehe Anhang) enthalten sind, höchstens bis zu den dort genannten Preisen.

Dies setzt voraus, dass

- der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet hat, oder
- wir die Erstattung vorher schriftlich zugesagt haben.

(2) Wir erstatten im Versicherungsfall 80% der Kosten für andere digitale Gesundheitsanwendungen als die in Abs. 1 genannten bis zu maximal 1.600 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr, soweit wir Ihnen dies vorher schriftlich zugesagt haben.

(3) Wir erstatten die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen zunächst für maximal 12 Monate. Danach muss sie jeweils erneut verordnet bzw. vorher schriftlich zugesagt werden.

Wir dürfen die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen, anstatt deren Kosten zu erstatten. Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) Im Übrigen erstatten wir im Versicherungsfall für digitale Gesundheitservices maximal 60 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr.

(5) Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Wir erstatten keine 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.

VI. Was erstatten wir für stationäre ➤Heilbehandlung?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten, wenn der Versicherte in einem Krankenhaus stationär behandelt wird. Dies setzt voraus, dass

- die stationäre Behandlung dort medizinisch notwendig ist oder
- eine Vorsorgeuntersuchung aus medizinischen Gründen dort stationär durchgeführt werden muss.

Wir leisten auch, wenn eine Versicherte stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, weil sie schwanger ist oder entbindet.

2. Was erstatten wir für ➤allgemeine Krankenhausleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen.

Es gibt Krankenhäuser, die nicht nach dem ➤Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen. Dabei handelt es sich in der Regel um Privatkliniken.

Lässt sich der Versicherte in einem solchen Krankenhaus behandeln, erstatten wir maximal die Kosten, die im KHEntgG oder in der BPflV vorgesehen sind. Dabei beziehen wir uns auf den Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Versicherte behandelt wurde.

Bei einer Behandlung im Ausland wird bis zum Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland erstattet. Mit diesen Aufwendungen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

Wenn der Versicherte aufgrund eines ➤Unfalls oder ➤Notfalls in ein solches Krankenhaus oder in ein Krankenhaus im Ausland eingeliefert wird, begrenzen wir unsere Leistung diesbezüglich nicht.

3. Was erstatten wir für Leistungen durch Belegärzte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistung eines Belegarztes.

4. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

5. Was erstatten wir für ➤Transporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für einen Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Den Transport erstatten wir nur, wenn der Versicherte während des Transports aus medizinischen Gründen

- eine fachliche Betreuung oder
- die besondere Einrichtung dieses Transportmittels benötigt.

6. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus,

- solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und
- wenn das Kind zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus noch keine 16 Jahre alt ist.

VII. Was erstatten wir bei Übergangspflege im Krankenhaus?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte sich in Übergangspflege im Krankenhaus befindet.

Dies setzt voraus, dass

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung er-

forderlich sind aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können und

- die Übergangspflege im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgt

Bei Übergangspflege leisten wir für 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.

Die Kosten für Übergangspflege erstatten wir

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

VIII. Was erstatten wir im Hospiz?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte (teil)stationär im Hospiz versorgt werden muss.

Dies setzt voraus, dass

- der Aufenthalt im Hospiz ärztlich verordnet ist und
- die stationäre oder teilstationäre Versorgung dort medizinisch notwendig ist, weil die palliativ-medizinische Behandlung (vgl. IV.16.)
 - im Haushalt oder der Familie des Versicherten bzw.
 - in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die Kosten für den Aufenthalt im Hospiz erstatten wir

- nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen muss,
- bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

IX. Was erstatten wir für einen Rücktransport nach Deutschland?

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder
- in das vom Wohnsitz in Deutschland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Dies setzt voraus, dass wir den ➤Transport selbst oder über einen Vertragspartner organisieren und

- der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist oder
- der Versicherte so schwer erkrankt ist, dass er länger als 2 Wochen im Ausland stationär behandelt werden müsste oder
- die Kosten des Rücktransports günstiger sind als die erstattungsfähigen Kosten, die wir bei der weiteren Heilbehandlung im Ausland erstatten würden oder
- sich der Schutz der Versicherung wegen Transportunfähigkeit verlängert (lesen Sie dazu auch in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung § 3 Abs. 2).

Wir erstatten die Kosten für das jeweils günstigste geeignete Transportmittel zu 100%. Kosten, die dem Versicherten bei einer normalen Rückreise entstanden wären, ziehen wir von unserem Erstattungsbetrag ab.

Zur Abklärung und Organisation eines Rücktransports schalten Sie ➤unverzüglich unseren Auslandsnotruf unter der Telefonnummer **+49 711/6603-3930** ein.

X. Welchen Eigenanteil ziehen wir von Ihrem Erstattungsbetrag ab?

Wir erbringen den Erstattungsbetrag, den wir in den Abschnitten IV., V. und IX. beschrieben haben, nicht vollständig. Vor unserer Leistung berücksichtigen wir noch einen Anteil, den Sie selber bezahlen müssen.

- **Tarifstufe Hi.Medical S P500:**
Von jeder Erstattung ziehen wir 10% ab. D.h., wir reduzieren den Betrag, den wir nach den Abschnitten IV., V. und IX. erstatten würden, um 10%. Hierbei müssen Sie maximal 500 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst tragen.

- **Tarifstufe Hi.Medical S 1200:**

Sie müssen einen Eigenanteil von 1.200 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst tragen. Diesen ziehen wir von Ihrer Erstattung ab.

Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1. Januar, reduziert sich Ihr Eigenanteil. Für jeden Monat, den sie später beginnt, reduziert sich der von Ihnen maximal zu zahlende Eigenanteil in der Tarifstufe Hi.Medical S 1200 um jeweils 1/12. Dies gilt auch, wenn Sie aus einem anderen Tarif in Hi.Medical S 1200 wechseln. Endet Ihre Versicherung innerhalb eines Kalenderjahres, ermäßigt sich Ihr Eigenanteil nicht.

Die Erstattungen werden stets dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem der Versicherte behandelt wurde.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn das Krankenhaus nach dem ➤Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Entgelte nach § 7 KHEntgG. Dazu gehören z.B.

- Fallpauschalen und
- Zusatzentgelte.

Wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Kosten für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich
- ärztlicher Leistungen und
- Nebenkosten.

Ambulante Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Ambulant bedeutet, dass die Heilbehandlung nicht im Krankenhaus, sondern z.B. in einer Arztpraxis stattfindet.

Digitale Gesundheitsservices

Dazu zählen ärztliche Videosprechstunden, die nicht nach der ➤Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet sind oder Apps, die den Versicherten im Rahmen eines Versicherungsfalles medizinisch unterstützen und nicht als Medizinprodukt klassifiziert sind. Das ist zum Beispiel eine (auch fremdsprachige) App, die bei chronischen Rückenschmerzen zu deren Linderung angewendet wird.

Enteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden über den Darm zugeführt, d.h. durch den Mund oder den Enddarm.

Fahrten

Unter Fahrt verstehen wir die Fahrt z.B.

- in öffentlichen Verkehrsmitteln,
- im Taxi oder
- mit dem Auto.

Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die Abrechnung privater Leistungen des Arztes, d.h. aller medizinischen und außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche Leistungen aufgeführt.

Grundpflege

Die Grundpflege ist eine Leistung für pflegebedürftige Menschen. Dazu gehören Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Vorbeugung (Prophylaxen), die Förderung von Eigenständigkeit und Kommunikation.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst alle notwendigen Tätigkeiten, die zur Pflege und zum Führen des Haushalts eines Kranken erforderlich sind, wenn dieser nicht mehr in der Lage ist, sie selbst zu erledigen. Darunter fallen in der Regel normale Aufgaben des alltäglichen Lebens wie Einkaufen und Kochen.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Heilmittel

Heilmittel sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete, medizinische Leistungen, von denen eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll. Hierzu zählen z.B. Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Was wir in welcher Höhe erstatten, siehe Heilmittelverzeichnis im Anhang 2.

Intensiv-Behandlungspflege

Intensiv-Behandlungspflege liegt vor, wenn 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.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Bundespflegergesetzverordnung (BPflV)

Für öffentliche Krankenhäuser ist im KHEntgG bzw. in der BPflV festgelegt, was sie abrechnen dürfen. In privaten Krankenhäusern bzw. in Krankenhäusern im Ausland gilt dies nicht. Die Rechnungen dort können deutlich höher sein.

Medizinische Behandlungspflege

Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle medizinischen Tätigkeiten, die ein Haus- oder Facharzt verordnet und eine examinierte Pflegekraft durchführt. Dazu gehören z.B. Wundversorgung und Verbandswechsel.

Notfall

Ein Notfall ist eine Situation, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren Schäden oder dem Tod führt.

Parenteral

Medikamente oder Nährmittel werden unter Umgehung des Magen-Darm-Kanals zugeführt, z.B. intravenös oder intramuskulär.

Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Aufenthaltsland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass er deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

Stationäre Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Stationär bedeutet, dass die Heilbehandlung im Krankenhaus stattfindet.

Stoma-Artikel

Stoma-Artikel sind Produkte, die der Aufnahme von Stuhlgang oder Urin dienen, wenn der Versicherte einen künstlichen Darm- oder Blasenausgang hat.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige >Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines >Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Transport

Transport bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Er muss z.B. im Krankenwagen transportiert werden.

Anhang 1

Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Die Vergütungen für die Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten richten sich nach der Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Die Höchstsätze entsprechen denen der Gebührenordnung für Ärzte (siehe oben).

Anhang 2 - Heilmittelverzeichnis

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

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Inhalationen		Krankengymnastik im Bewegungsbad	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung als Einzelinhalation	11,60	als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	31,80
als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80	in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	22,70
als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50	in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	15,60
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.		Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	33,40
Radon-Inhalation im Stollen	14,90	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	19,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20	Bewegungsübungen	
Krankengymnastik / Bewegungsübungen		als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	12,90
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50	in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	8,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	27,80	als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	31,20
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	44,20	in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	22,60
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	55,20	in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	15,60
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	12,50	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	15,60	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainings-therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	52,40
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	8,80

	erstattungs- fähig bis zu €
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	20,30
Bindegewebtsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	24,40
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	21,50
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	31,70
Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind.	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	13,60
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Teilpackung	36,20
Großpackung	47,80
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	10,20
Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10

	erstattungs- fähig bis zu €
Trockenpackung	4,10
Guss	
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Teilbad	12,10
Vollbad	17,60
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
Naturmoorbade, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Teilbad	43,30
Vollbad	52,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Teilbad	37,90
Vollbad	43,30
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
Medizinische Bäder mit Zusatz	
Hand-, Fußbad	8,80
Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,10 €.	
Gashaltige Bäder	
Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,80
Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10

	erstattungs- fähig bis zu €
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten	12,90
Wärmetherapie mittels Heißluft – bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	13,80
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,20
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten	17,60
Iontophorese, Phonophorese	8,20
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	29,00
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht als Einzelbehandlung	4,10
in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,90
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	11,50
Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	111,20
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	55,60

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

	erstattungs- fähig bis zu €
Bericht an die verordnende Person	6,20
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
Richtwert: 30 Minuten	49,40
Richtwert: 45 Minuten	68,00
Richtwert: 60 Minuten	86,50
Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
Einzelbehandlung	
bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	45,20
bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	60,90
bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	76,20
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)		Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	96,40
bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	35,90	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	52,80
bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	48,70	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	48,30
bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmer	60,30	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
Gruppenbehandlung		Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	21,40	Behandlungsabschluss ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer	39,30	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
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	152,40	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	39,40	Ernährungstherapie	
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	21,40	Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Podologie		Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	77,40
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
Podologischer Befund, je nach Behandlung	3,40	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
Erst- und Eingangsbefundung		Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20		
Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50		
Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90		
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40		

	erstattungs- fähig bis zu €
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	77,40
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
allgemeiner Rehasport	6,60
Rehasport im Wasser	8,30
Rehasport in Herzgruppen	9,30
Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	12,80
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
allgemeiner Rehasport	8,70
Rehasport im Wasser	12,30
Rehasport in Kinderherzgruppen	17,00
Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	17,00
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	12,30
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	6,60

	erstattungs- fähig bis zu €
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	22,40
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,70
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.	22,40
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,40

Anhang 3 - Gesetzestexte

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.