

## Wesentliche Merkmale des Tarifs DOGP *Classic* /Gruppe

### Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 75% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 75% Kostenerstattung für medizinische Hilfsmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchungen gemäß Tarif bis 18 Jahre
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß Tarif
- 75% Kostenerstattung für Psychotherapie gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger
- 100% Kostenerstattung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 100% Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege
- 100% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis max. 1.000 €

### Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

### Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen

- 100% Kostenerstattung für schmerzstillende Zahnbehandlung bis max. 750 € pro Person und Kalenderjahr
- 100% Kostenerstattung für unfallbedingte Zahnersatzleistungen und kieferorthopädische Maßnahmen

### 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

#### Selbstbehalt

- Pro Person und Kalenderjahr gilt für die Leistungen ambulante Arztbehandlung, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilpraktikerbehandlung folgender Selbstbehalt:
  - je Erwachsener 500 €.
  - je Kind/ Jugendlicher 100 €.

#### Nicht versichert sind

- künstliche Befruchtung
- refraktive Chirurgie
- Sehhilfen

---

# Tarif DOGP *Classic* /Gruppe

## Krankheitskosten-Gruppenversicherung

### für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz, stationäre Heilbehandlung und Entbindung

Fassung Januar 2022

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 einem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, die vorübergehend von einem ausländischen Unternehmen (Muttergesellschaft) zu deren in der Bundesrepublik Deutschland tätigen Tochtergesellschaft (Versicherungsnehmer) delegiert werden (Hauptversicherte). Familienangehörige können mitversichert werden (mitversicherte Personen). Laufende Versicherungsfälle sind in den Versicherungsschutz einbezogen.

## II. Versicherungsleistungen

### 1. Ambulante Heilbehandlung

#### 1.1 Arztbehandlungen

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

Erstattet werden 100% der Aufwendungen (vgl. jedoch Punkt III).

## 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, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), 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 75% erstattet.

## 1.5 Arznei- und Verbandmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet (vgl. jedoch Punkt III).

## 1.6 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. Krankenfahrstühle, 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. Gebärdensprachdol-

metscher, 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 eingrenzbaeren 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 75% erstattet.

## 1.7 Vorsorgeuntersuchungen

Hierzu gehören Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen in der Bundesrepublik Deutschland. Es besteht Anspruch auf diese Leistung bis zu einem Alter von 18 Jahren.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

## 1.8 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen 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.

## 1.9 Psychotherapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 75% erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf 50 pro Kalenderjahr begrenzt.

## 1.10 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hebammenhilfe (z. B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe, 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 1.8 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtspauschale von 750 € gezahlt.

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z. B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind anstelle der Geburtspauschale von 750 € die entstandenen Aufwendungen erstattungsfähig, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Diese Aufwendungen sind auch erstattungsfähig, wenn nach einer begonnenen Geburt (Einsetzen von Eröffnungswehen oder Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

### **1.11 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, 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 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.

### **1.12 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, Verbandwechsel).

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.

- b) 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 Bedingung 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.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € pro Person und Kalenderjahr (vgl. jedoch Punkt III).

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 1.000 € für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

### 3. Stationäre Heilbehandlung

#### 3.1 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 Hebamme und eines Entbindungspflegers 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.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, bei einem Aufenthalt im Mehrbettzimmer.

#### 3.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

### 4. Zahnärztliche Leistungen

#### 4.1 Schmerzstillende Zahnbehandlung

Hierzu gehören unaufschiebbare allgemeine, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen. Kronen und Einlagefüllungen sind nicht Gegenstand des Tarifes.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einer Höhe von 750 € pro Person und Kalenderjahr.

#### 4.2 Unfallbedingte Zahnersatzleistungen und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stützähne, Reparatur von Zahnersatz, Auf-

bissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einer Höhe von 3.000 € pro Person und Kalenderjahr für einen, nach Vertragsabschluss, durch Unfall eingetretenen Versicherungsfall.

### 5. 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.

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

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

### 7. 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 €.

### 8. Blutkonserventransport ins Ausland

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

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

### 9. Digitale Gesundheitsanwendungen

9.1 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.

9.2 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.

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

9.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.9.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

9.5 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. Selbstbehalt

Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Der Selbstbehalt beträgt je Erwachsenen 500 € und je Kind/ Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahr 100 € und bezieht sich auf den Gesamtbetrag der gemäß Nummer II.1.1, II.1.5 und II.2. in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der jeweilige Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

### IV. 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 vereinbart 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 Halle'sche Krankenversicherung a. G., wird diese im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten. Ergänzend gilt § 12 dieser Versicherungsbedingungen.

## Anhang

### Anhang 1

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 6 – 8

### Anhang 2

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 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.

|  | <b>erstattungs-<br/>fähig bis zu €</b> |   |       |
|--|--|---|-------|
| <b>Krankengymnastik/Bewegungsübungen</b>   |  | Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten  | 10,20 |
| Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans   | 19,00                                  | <b>Massagen</b>   |       |
| Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten  | 29,60                                  | Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:   |       |
| Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 38,90                                  | - Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten   | 21,00 |
| Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten          | 52,10                                  | - Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten   | 21,00 |
| Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – , Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer   | 9,50                                   | Manuelle Lymphdrainage (MLD)  |       |
| Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer   | 16,50                                  | - Teilbehandlung, Richtwert: 20 Minuten   | 29,60 |
| Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten   | 82,20                                  | - Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten   | 44,30 |
| Bewegungsübungen   |  | - Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten   | 67,10 |
| - als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten  | 11,80                                  | - Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig | 14,30 |
| - in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten  | 7,60                                   | Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten  | 35,10 |
| Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad  |  | <b>Palliativversorgung</b>  |       |
| - als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten  | 35,90                                  | Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten  | 75,90 |
| - in einer Gruppe im Bewegungsbad (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten   | 22,50                                  | Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind                                       |       |
| - in einer Gruppe im Bewegungsbad (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten   | 18,00                                  | <b>Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>  |       |
| Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten   | 34,20                                  | Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe   | 15,70 |
| Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten   | 21,90                                  | Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe   |       |
| Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)   | 124,40                                 | - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)  | 18,00 |
| Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten                       | 53,20                                  | - bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid               |       |
|  |  | - Teilpackung   | 41,70 |
|  |  | - Großpackung   | 55,00 |
|  |  | Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe   | 22,70 |
|  |  | Kaltpackung (Teilpackung)   |       |
|  |  | - Anwendung von Lehm, Quark o.ä.  | 11,80 |
|  |  | - Anwendung einmal verwendbarer Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid                               | 23,40 |
|  |  | Heublumensack, Peloidkompre   | 14,00 |
|  |  | Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz  | 7,10  |
|  |  | Trockenpackung  | 4,80  |
|  |  | Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss  | 4,80  |
|  |  | Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss  | 7,10  |

|  |       |
|--|-------|
| Abklatschung, Abreibung, Abwaschung  | 6,30  |
| An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 18,70 |
| An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 30,40 |
| Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 14,00 |
| Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 20,30 |
| Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 28,90 |
| Naturmoor Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 49,80 |
| Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 60,70 |
| Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  |       |
| - 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  |       |
| - Hand-, Fußbad  | 10,20 |
| - Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 20,30 |
| - Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 28,10 |
| - bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz   | 4,80  |
| - Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €.  |       |
| Gashaltige Bäder   |       |
| - Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe   | 29,60 |
| - Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe   | 34,20 |
| - Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe                                    | 39,00 |
| - Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe   | 31,90 |
| - Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 28,10 |
| - Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat   | 4,80  |
| <b>Inhalationen</b>  |       |
| Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung   |       |
| - als Einzelinhalation   | 10,20 |
| - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer  | 5,60  |
| - als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer   | 8,70  |
| Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.  |       |
| Radon-Inhalation im Stollen  | 17,20 |
| Radon-Inhalation mittels Hauben  | 21,00 |
| <b>Kälte- und Wärmebehandlung</b>  |       |
| Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, | 14,90 |

|   |        |
|---|--------|
| direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen  |        |
| Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten  | 8,70   |
| Ultraschall-Wärmetherapie   | 13,70  |
| <b>Elektrotherapie</b>  |        |
| Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen   | 9,50   |
| Elektrostimulation bei Lähmungen  | 18,00  |
| Iontophorese, Phonophorese  | 9,50   |
| Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)  | 17,20  |
| Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe  | 33,40  |
| <b>Lichttherapie</b>  |        |
| Behandlung mit Ultraviolettlicht  |        |
| - als Einzelbehandlung  | 4,80   |
| - in einer Gruppe, je Teilnehmer  | 4,00   |
| Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht  | 4,80   |
| Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht   | 8,00   |
| Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes  | 9,50   |
| Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder   | 13,20  |
| <b>Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)</b>   |        |
| Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall   | 124,20 |
| Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)  | 18,00  |
| Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen  |        |
| - Richtwert: 30 Minuten   | 48,10  |
| - Richtwert: 45 Minuten   | 67,90  |
| - Richtwert: 60 Minuten   | 79,30  |
| - Richtwert: 90 Minuten   | 119,00 |
| Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig. |        |
| Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer   |        |
| - Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten  | 58,00  |
| - Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten  | 39,80  |
| - Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten  | 77,80  |
| - Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten  | 64,60  |
| Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig. |        |

| <b>Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>   |        |
|--|--------|
| Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall   | 48,10  |
| <b>Einzelbehandlung</b>  |        |
| - bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten   | 48,10  |
| - bei sensomotorischen/ oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten  | 63,10  |
| - bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten   | 83,20  |
| - bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten  | 147,50 |
| - als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall:  |        |
| - bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:   |        |
| - bei motorisch-funktionellen Störungen  | 46,90  |
| - bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen  | 62,60  |
| - bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen  | 77,90  |
| <b>Gruppenbehandlung</b>   |        |
| - bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer  | 18,40  |
| - bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer  | 23,70  |
| - bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer  | 43,60  |
| - bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer   | 80,80  |
| Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten   | 53,20  |
| Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer  | 23,70  |
| <b>Podologie</b>   |        |
| Hornhautabtragung an beiden Füßen  | 30,80  |
| Hornhautabtragung an einem Fuß   | 21,80  |
| Nagelbearbeitung an beiden Füßen   | 28,90  |
| Nagelbearbeitung an einem Fuß  | 21,80  |
| Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)   | 47,90  |
| Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)  | 30,80  |
| 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 | 223,80 |
| Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen  | 43,10  |
| Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation  | 74,60  |
| Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen  | 86,10  |

|   |       |
|---|-------|
| Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen  |       |
| Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen  | 43,10 |
| <b>Ernährungstherapie</b>   |       |
| Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.   |       |
| Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten  | 75,90 |
| Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten   | 38,00 |
| Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten  | 12,70 |
| <b>Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik</b>  |       |
| Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer   | 16,50 |
| Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit   | 21,40 |
| Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer   | 16,50 |
| Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit   | 21,40 |
| <b>Rehabilitationssport / Funktionstraining</b>   |       |
| Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer   |       |
| - allgemeiner Rehasport   | 7,60  |
| - Rehasport im Wasser   | 8,70  |
| - Rehasport in Herzgruppen  | 9,80  |
| - Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern   | 13,80 |
| Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:  |       |
| - allgemeiner Rehasport   | 9,80  |
| - Rehasport im Wasser   | 12,70 |
| - Rehasport in Kinderherzgruppen  | 18,40 |
| - Rehasport für schwerstbehinderte Kinder   | 18,40 |
| Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer  | 7,60  |
| <b>Sonstiges</b>  |       |
| Ärztlich verordneter Hausbesuch   | 14,00 |
| Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels |       |
| Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.  |       |



## Essential Parts of Tariff DOGP *Classic* /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
- 75% reimbursement for remedies as per the tariff
- 100% reimbursement for medicines and dressings
- 75% reimbursement for medical aids as per the tariff
- 100% reimbursement for medical check-ups as per the tariff until the age of 18
- 100% reimbursement for vaccinations as per the tariff
- 75% reimbursement for psychotherapy as per the tariff
- 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 up to € 1,000.

### In-patient medical treatment

- 100% reimbursement for accommodation in a three or more bedded room
- 100% reimbursement for general hospital services by the attending doctor
- 100% reimbursement for patient transport

### Dental and orthodontic benefits

- 100% reimbursement for pain-relieving dental treatment up to € 750 per person and calendar year
- 100% reimbursement for accident-related dentures and orthodontic measures

### 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

#### Deductible

- For out-patient treatments, medicines and dressings as well as alternative practitioner treatments, the following deductibles are applicable per person and per calendar year:
  - per adult € 500
  - per child / adolescent up to the age of 21 € 100

#### Excluded are

- artificial insemination
- refractive surgery
- visual aids

---

## Tariff DOGP *Classic* /Group

### Health Group Insurance

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

### As per January 2022

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 delegated temporarily by a foreign company (headquarters) to its subsidiary (policyholder) located in Germany may be insured according to this tariff (main insured). Dependants may also be insured (co-insured persons). Ongoing insured events are included in the insurance coverage.

#### 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 (chapter III to be considered).

## 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, occupational therapy (ergotherapy), 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.

75% 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 reimbursable expenses are covered (chapter III to be considered).

## 1.6 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.

75% of the reimbursable expenses are covered.

## 1.7 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. The entitlement to these benefits exists until the age of 18.

100% of the reimbursable expenses are covered.

## 1.8 Vaccinations

The costs for single or multiple vaccinations recommended by the German Permanent Vaccination Committee in the Robert Koch-Institut (STIKO – Ständige Impfkommision 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.

## 1.9 Psychotherapy

75% of the reimbursable expenses are covered. The number of sessions is limited to 50 per calendar year.

## 1.10 (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 1.8 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.

### 1.11 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.

### 1.12 Home nursing

Costs for a medically prescribed domestic nursing (consisting of medical treatment care – e.g. change of dressing, giving medicaments, measuring 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 reimbursable expenses are covered up to an amount of € 1,000 per person and calendar year (chapter III to be considered).

In case that the insurance does not start on the 1st January of a calendar year, the amount of € 1,000 is reduced by 1/12 for every month not covered. If the insurance ends within the calendar year, the limit is not being reduced.

## 3 In-patient medical treatment

### 3.1 General hospital benefits

- a) In hospitals which charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefits) or the Bundespflegegesetzverordnung (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 Bundespflegegesetzverordnung (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 those 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.

100% of the reimbursable expenses are covered for a hospital stay in a three or more bedded room.

### **3.2 Ambulance transport**

Transports to and from the closest suitable hospital.

100% of the expenses are reimbursed.

### **4. Dental benefits**

#### **4.1 Pain-relieving dental treatment**

This includes urgent general, preservative and surgical benefits, X-rays and treatment of mouth and jaw diseases. Crowns and fillings are not part of the insurance benefits.

100% of the reimbursable costs are covered up to a total of € 750 per person and calendar year.

#### **4.2 Accident-related dentures and orthodontic measures**

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

100% of the reimbursable costs are covered up to a total of € 3,000 per person and calendar year for a claim occurred as a consequence of an accident and after conclusion of the contract.

### **5. 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.

### **6. 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.

### **7. 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.

### **8. 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.

### **9. Digital health applications**

9.1 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.

9.2 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.

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

9.4 Instead of providing reimbursement of expenses, the insurer can also provide the digital health applications itself. The limitation according to II.9.3 applies accordingly in this case.

9.5 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. Deductible

The insured benefits are reduced by the agreed deductible.

The deductible is € 500 per adult / adolescent and € 100 per child up to the age of 21 and refers to the total amount of the reimbursable amounts per person and calendar year indicated in the chapters II.1.1, II.1.5 and II.2.

In case that the insurance coverage does not start at the 1<sup>st</sup> January of a calendar year, the respective deductible for that year is reduced by 1/12 for every month not covered. If the insurance coverage ends within a calendar year, the deductible is not being reduced.

### IV. 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

Register of remedies; see pages 6-8 (German version)

### Appendix 2

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.