

**Bitte nehmen Sie diese Übersicht zur Änderung der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung
zu Ihren Vertragsunterlagen**

Übersicht

1.	Erläuterung der Änderungen der AVB	1
2.	Tarifbedingungen – Tarife der 70er-Serie für Ärzte	2
2.1	Tarife für ambulante Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch – Tarife 760 mit Übertragungswert, 761 mit Übertragungswert, 764 mit Übertragungswert und 769 mit Übertragungswert.....	2
2.2	Tarif für stationäre Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch – Tarif 780 mit Übertragungswert.....	4
2.3	Tarife für zahnärztliche Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch – Tarife 751 mit Übertragungswert und 752 mit Übertragungswert	6
3.	Tarifbedingungen – Tarif 180 Krankheitskostenversicherung für Medizinstudenten	7

1. Erläuterung der Änderungen der AVB

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Versicherungsbedingungen an Änderungen im Gesundheitswesen angepasst werden können. Beispielsweise rücken neue Leistungen durch den medizinischen Fortschritt in den Fokus. Diese werden nun in die Tarife integriert und Bestandteil Ihres Vertrages.

Die Änderungen betreffen im Einzelnen:

- Heilmittel:
Mit den Änderungen der Bundesbeihilfeverordnung zum 31.07.2018 und 01.01.2019 ergibt sich in den AVB unserer Krankheitskostentarife Änderungsbedarf. Die Heilmittel werden um die Ernährungstherapie und die physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung ergänzt.
- Ärztliche Leistungen:
Durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) werden die ambulanten tariflichen Leistungen um das einmalige Einfrieren von Ei- oder Samenzellen in flüssigem Stickstoff (Kryokonservierung) vor einer keimzellschädigenden Therapie erweitert.
- Digitale Gesundheitsanwendungen:
Mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) werden digitale Gesundheitsanwendungen Bestandteil der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Durch die AVB-Änderung werden digitale Gesundheitsanwendungen in den Bereichen ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung in unseren Tarifen im tariflichen Leistungsumfang Vertragsinhalt.

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2021 wirksam. Die Zustimmung unseres juristischen Treuhänders liegt vor. Die neuen Regelungen berücksichtigen wir automatisch bei der Leistungsabrechnung. Daher ist kein Handlungsbedarf Ihrerseits nötig.

Die Details zu den Änderungen finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Die Änderungen sind dabei **blau** hervorgehoben.

**Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung
Teil A Ziffer 2 Tarifbedingungen
Gruppenversicherung**

2. Tarifbedingungen – Tarife der 70er-Serie für Ärzte

**2.1 Tarife für ambulante Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch
– Tarife 760 mit Übertragungswert, 761 mit Übertragungswert,
764 mit Übertragungswert und 769 mit Übertragungswert**

**Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)**

Bisherige Fassung	Neue Fassung
2. Tarifbedingungen	2. Tarifbedingungen
...	...
2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang
...	...
2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?	2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?
(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung	(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung
...	...
Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.	Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben. <u>Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe und dazu gehörende ärztliche Leistungen.</u> <u>Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen.</u>
Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen	(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen
...	...
2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?	2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:	Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:
(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)	(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.4 Absatz 1. Zusätzlich gilt: Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für	Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.4 Absatz 1. Zusätzlich gilt: Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
<ul style="list-style-type: none"> • Inhalationen, • Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), • Massagen, 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalationen, • Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), • Massagen, • <u>physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativ-Versorgung.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie und Packungen, • Wärmebehandlung, • Elektrotherapie, • Lichttherapie sowie • medizinische Bäder, wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie und Packungen, • Wärmebehandlung, • Elektrotherapie, • Lichttherapie sowie • medizinische Bäder, wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. <u>Als Heilmittel gilt auch Ernährungstherapie, wenn sie von einem Diät-Assistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird und von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.</u>
(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)	(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

2.2 Tarif für stationäre Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch – Tarif 780 mit Übertragungswert

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung
2. Tarifbedingungen	2. Tarifbedingungen
...
2.2.3 Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung	2.2.3 Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung
Inhalt dieses Abschnitts:	Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.3.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?	2.2.3.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?
2.2.3.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?	2.2.3.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?
2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlung?	2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlung?
2.2.3.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?	2.2.3.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?
2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?	2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?
2.2.3.6 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?	2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
2.2.3.7 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?	2.2.3.7 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?
2.2.3.8 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?	2.2.3.8 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?
...	...
2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?	2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?
Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus gilt auch	Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus gilt auch
<ul style="list-style-type: none"> • bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und • bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim. 	<ul style="list-style-type: none"> • bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und • bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.
	2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
	(1) Versicherte Leistung <u>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.3.1 und 2.2.3.2) 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</u>
	<u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u>
	(2) Leistungsvoraussetzungen <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absätze 1 und 2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden</u> • <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u> • <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> <u>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</u>
	(3) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen <u>Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt</u>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>2.2.3.6 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?</p> <p>Wenn das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der stationären Entbindung im Krankenhaus versorgt wird, gilt Folgendes:</p> <p>...</p> <p>Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.</p> <p>2.2.3.7 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>(1) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland</p> <p>...</p> <p>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.</p> <p>2.2.3.8 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p>	<p><u>werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.</u></p> <p><u>2.2.3.7</u> Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?</p> <p>Wenn das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der stationären Entbindung im Krankenhaus versorgt wird, gilt Folgendes:</p> <p>...</p> <p>Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.</p> <p><u>2.2.3.8</u> Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>(1) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland</p> <p>...</p> <p>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.</p> <p><u>2.2.3.9</u> Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p>

2.3 Tarife für zahnärztliche Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch – Tarife 751 mit Übertragungswert und 752 mit Übertragungswert

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung
2. Tarifbedingungen ...	2. Tarifbedingungen ...
2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang ...	2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang ...
Inhalt dieses Abschnitts: 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich? 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen? 2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir? 2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays? 2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie? ...	Inhalt dieses Abschnitts: 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich? 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen? 2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir? 2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays <u>sowie für digitale Gesundheitsanwendungen</u> ? 2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie? ...
...	...
2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays? ...	2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays <u>sowie für digitale Gesundheitsanwendungen</u> ? ...
...	...
(3) Aufwendungen für Inlays Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für • Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.	(3) Aufwendungen für Inlays Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für • Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.
	<u>(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u>
	<u>a) Versicherte Leistung</u> <u>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</u> <u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u>
	<u>b) Leistungsvoraussetzungen</u> <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2 Absätze 1 und 2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.</u> • <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u> • <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> <u>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</u>
	<u>c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen</u> <u>Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.</u>
2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie? ...	2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie? ...

3. Tarifbedingungen – Tarif 180 Krankheitskostenversicherung für Medizinstudenten

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung
2. Tarifbedingungen	2. Tarifbedingungen
...	...
2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang
2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland	2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland
...	...
2.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?	2.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?
(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung	(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung
...	...
Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.	Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben. <u>Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe und dazu gehörende ärztliche Leistungen.</u> <u>Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen.</u>
Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.	Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.
(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen	(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen
...	...
2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?	2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:	Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:
(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)	(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1. Zusätzlich gilt: Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für	Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1. Zusätzlich gilt: Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
<ul style="list-style-type: none"> • Inhalationen, • Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), • Massagen, 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalationen, • Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), • Massagen, • <u>physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativ-Versorgung.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie und Packungen, • Wärmebehandlung, • Elektrotherapie, • Lichttherapie sowie • medizinische Bäder, 	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie und Packungen, • Wärmebehandlung, • Elektrotherapie, • Lichttherapie sowie • medizinische Bäder,
wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.	wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. <u>Als Heilmittel gilt auch Ernährungstherapie, wenn sie von einem Diät-Assistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird und von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.</u>
(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)	(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
...	...
(5) Aufwendungen für Krankentransporte	(5) Aufwendungen für Krankentransporte
...	...
Geeignet ist ein Leistungserbringer, den die versicherte Person nach Ziffer 2.2.1.2 für eine ambulante Heilbehandlung wählen kann.	Geeignet ist ein Leistungserbringer, den die versicherte Person nach Ziffer 2.2.1.2 für eine ambulante Heilbehandlung wählen kann. <u>(6) Aufwendungen für die Nutzung von Digitalen Gesundheitsanwendungen</u> <u>a) Versicherte Leistungen</u> <u>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</u>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	<p><u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u></p> <p>b) Leistungsvoraussetzungen <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden.</u> • <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u> • <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> <u>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</u> <p>c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen <u>Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.</u></p>
<p>2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>...</p>	<p>2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>...</p>
<p>2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland</p>	<p>2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland</p>
<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?</p> <p>2.2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflege-satzverordnung abrechnet?</p> <p>2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundes-pflegesatzverordnung abrechnet?</p> <p>2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbe-handlung?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versor-gung?</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Ent-bindung?</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmit-telbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>2.2.2.10 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versiche-rungsschutz beginnt?</p>	<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Auf-wendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Per-son wählen?</p> <p>2.2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leis-ten wir?</p> <p>2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflege-satzverordnung abrechnet?</p> <p>2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundes-pflegesatzverordnung abrechnet?</p> <p>2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbe-handlung?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versor-gung?</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Ent-bindung?</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmit-telbar nach der Entbindung versichert?</p> <p><u>2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesund-heitsanwendungen?</u></p> <p><u>2.2.2.11 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versiche-rungsschutz beginnt?</u></p>
<p>...</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmit-telbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmit-telbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p>
<p>Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.</p>	<p>Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.</p> <p><u>2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesund-heitsanwendungen?</u></p> <p>(1) Versicherte Leistungen <u>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizi-nisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.4 und 2.2.2.5) 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendun-gen.</u></p> <p><u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medi-zinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder</u></p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	<p><u>die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u></p> <p>(2) Leistungsvoraussetzungen <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2.2 Absätze 1 und 2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.</u> • <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u> • <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> <u>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</u> <p>(3) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen <u>Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.</u></p>
<p>2.2.2.10 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt</p> <p>...</p>	<p>2.2.2.11 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt</p> <p>...</p>
<p>2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland</p>	<p>2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland</p>
<p>2.2.3.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?</p> <p>...</p>	<p>2.2.3.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?</p> <p>...</p>
<p>(4) Aufwendungen für unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen</p> <p>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden, und die damit zusammenhängend verordneten Arzneimittel.</p>	<p>(4) Aufwendungen für unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen</p> <p>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden, und die damit zusammenhängend verordneten Arzneimittel.</p>
	<p>(5) Aufwendungen für Digitale Gesundheitsanwendungen</p> <p>a) Versicherte Leistungen <u>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</u></p> <p><u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u></p> <p>b) Leistungsvoraussetzungen <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.3.2 Absätze 1 und 2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.</u> • <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u> • <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> <u>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</u> <p>c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen <u>Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.</u></p>
<p>2.2.3.5 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen?</p> <p>...</p>	<p>2.2.3.5 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen?</p> <p>...</p>