

**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 80er-Serie	2
2.1	Tarife der 80er-Serie für ambulante Heilbehandlung – Tarife 8115 mit Übertragungswert bis 8195 mit Übertragungswert, Tarife 813 S mit Übertragungswert und 815 S mit Übertragungswert, Tarife 8121 mit Übertragungswert, 8141 mit Übertragungswert und 8151 mit Übertragungswert	2
2.2	Tarife der 80er-Serie für stationäre Heilbehandlung – Tarife 8305 mit Übertragungswert bis 8385 mit Übertragungswert, Tarife 8321 mit Übertragungswert, 8341 mit Übertragungswert und 8351 mit Übertragungswert.....	4
2.3	Tarife der 80er-Serie für zahnärztliche Heilbehandlung – Tarife 8415 mit Übertragungswert bis 8495 mit Übertragungswert, Tarife 8421 mit Übertragungswert, 8441 mit Übertragungswert und 8451 mit Übertragungswert.....	6
3.	Tarifbedingungen – Tarife B für Beamtenanwärter.....	7
3.1	Tarife BA für ambulante Heilbehandlung – Tarife BA 70 bis BA 30	7
3.2	Tarife BS für stationäre Heilbehandlung – Tarife BS 55 bis BS 15	9
3.3	Tarife BZ für zahnärztliche Heilbehandlung – Tarife BZ 70 bis BZ 30.....	11

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
Einzel- und Gruppenversicherung**

2. Tarifbedingungen – Tarife der 80er-Serie

2.1 Tarife der 80er-Serie für ambulante Heilbehandlung – Tarife 8115 mit Übertragungswert bis 8195 mit Übertragungswert¹, Tarife 813 S mit Übertragungswert und 815 S mit Übertragungswert, Tarife 8121 mit Übertragungswert, 8141 mit Übertragungswert und 8151 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.
	Zu den ärztlichen Leistungen gehört auch eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe.
	Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen.
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
...	...
2.2.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?	2.2.8 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. Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.5 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt:	Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.4 Absatz 1. Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.5 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt:
Wir ersetzen xx ² Prozent der Aufwendungen für	Wir ersetzen xx ² 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, • physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativ-Versorgung,
<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.

¹ In 5%-Stufen.

² Hier gilt der Prozentsatz des versicherten Tarifs.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) ...</p> <p>(5) Aufwendungen für Krankentransporte ...</p> <p>Geeignet ist ein Leistungserbringer, den die versicherte Person nach Ziffer 2.2.2 - mit Ausnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten - für eine ambulante Heilbehandlung wählen kann.</p> <p>2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? ...</p>	<p><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></p> <p>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) ...</p> <p>(5) Aufwendungen für Krankentransporte ...</p> <p>Geeignet ist ein Leistungserbringer, den die versicherte Person nach Ziffer 2.2.2 - mit Ausnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten - für eine ambulante Heilbehandlung wählen kann.</p> <p>(6) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</p> <p>a) Versicherte Leistung <u>Wir ersetzen xx³ 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 2.2.2 Absatz 1 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>2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? ...</p>

³ Hier gilt der Prozentsatz des versicherten Tarifs.

2.2 Tarife der 80er-Serie für stationäre Heilbehandlung – Tarife 8305 mit Übertragungswert bis 8385 mit Übertragungswert⁴, Tarife 8321 mit Übertragungswert, 8341 mit Übertragungswert und 8351 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:	Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?	2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?	2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?	2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?	2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?
2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?	2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?
2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlung?	2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlung?
2.2.7 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?	2.2.7 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?	2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?
2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?	2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?
2.2.10 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?	2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
2.2.11 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?	2.2.11 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?
2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?	2.2.12 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?
...	...
2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?	2.2.9 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.
	2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
	(1) Versicherte Leistung
	Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 und 2.2.5) xx⁵ Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.
	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.
	(2) Leistungsvoraussetzungen
	Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:
	<ul style="list-style-type: none"> • Von einem Leistungserbringer verordnet 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 • Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.

⁴ In 5%-Stufen.

⁵ Hier gilt der Prozentsatz des versicherten Tarifs.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>2.2.3.10 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>2.2.3.11 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>2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p><i>Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen, wenn dieser Tarif für die →versicherte Person als →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen wird. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.</i></p> <p>...</p>	<p>• Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</p> <p>(3) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen 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.</p> <p>2.2.3.11 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>2.2.3.12 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>2.2.13 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p><i>Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen, wenn dieser Tarif für die →versicherte Person als →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen wird. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.</i></p> <p>...</p>

2.3 Tarife der 80er-Serie für zahnärztliche Heilbehandlung – Tarife 8415 mit Übertragungswert bis 8495 mit Übertragungswert⁶, Tarife 8421 mit Übertragungswert, 8441 mit Übertragungswert und 8451 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?	2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?
...	...
(6) Kieferorthopädische Leistungen Wir ersetzen xx ⁷ Prozent der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen.	(6) Kieferorthopädische Leistungen Wir ersetzen xx ⁷ Prozent der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen.
Die Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Vergütung sind bis zum Höchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.	Die Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Vergütung sind bis zum Höchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.
	<u>(7) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u>
	<u>a) Versicherte Leistung</u> <u>Wir ersetzen xx⁷ 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 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?	2.2.5 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?
...	...

⁶ In 5%-Stufen.

⁷ Hier gilt der Prozentsatz des versicherten Tarifs.

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

3. Tarifbedingungen – Tarife B für Beamtenanwärter

3.1 Tarife BA für ambulante Heilbehandlung – Tarife BA 70 bis BA 30⁸

**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?
...	...
(2) Erstattungsfähige Aufwendungen	(2) Erstattungsfähige Aufwendungen
a) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung	a) 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.
b) Aufwendungen für gezielte Vorsorge-Untersuchungen	b) Aufwendungen für gezielte Vorsorge-Untersuchungen
...	...
2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?	2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
...	...
(2) Erstattungsfähige Aufwendungen	2) Erstattungsfähige Aufwendungen
Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung sind auch folgende Aufwendungen erstattungsfähig:	Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung sind auch folgende Aufwendungen erstattungsfähig:
a) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)	a) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.4 Absätze 1 und 2 a). Zusätzlich gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für	Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.4 Absätze 1 und 2 a). Zusätzlich gilt: Erstattungsfähig sind die 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,

⁸ In 5%-Stufen.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.2.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.</p> <p>b) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</p> <p>...</p> <p>d) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel</p> <p>...</p> <p>Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>...</p>	<p>wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.2.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.</p> <p><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 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.</u></p> <p>b) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</p> <p>...</p> <p>d) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel</p> <p>...</p> <p>Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.</p> <p><u>e) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u></p> <p><u>aa) Versicherte Leistung</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></p> <p><u>bb) Leistungsvoraussetzungen</u> <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 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><u>cc) 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></p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>...</p>

3.2 Tarife BS für stationäre Heilbehandlung – Tarife BS 55 bis BS 15⁹

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:	Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?	2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?	2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?	2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?	2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?
2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?	2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung abrechnet?
2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlung?	2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlung?
2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?	2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?
2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?	2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?
2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?	2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?
2.2.10 Muss die allgemeine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?	2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
...	2.2.11 Muss die allgemeine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?	2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?
...	...
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.	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.
	2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
	(1) Versicherte Leistung
	<u>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 und 2.2.5) die 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>
	• <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>
	(3) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

⁹ In 5%-Stufen.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>2.2.10 Muss die allgemeine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p>	<p><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><u>2.2.11</u> Muss die allgemeine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p>

3.3 Tarife BZ für zahnärztliche Heilbehandlung – Tarife BZ 70 bis BZ 30¹⁰

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 zahnärztlichen Behandlung? ...	2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Behandlung? ...
(2) Erstattungsfähige Aufwendungen ...	(2) Erstattungsfähige Aufwendungen ...
Die Aufwendungen für zahnärztliche oder ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.	Die Aufwendungen für zahnärztliche oder ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist. (3) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen a) Versicherte Leistung <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> b) 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> Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.• <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.• <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten. 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>
2.2.5 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen? ...	2.2.5 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen? ...

¹⁰ In 5%-Stufen.