

**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 – Tarif 712 .....	2
3. Tarifbedingungen – Tarif 740 .....	4

**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 – Tarif 712**

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<b>2. Tarifbedingungen</b>	<b>2. Tarifbedingungen</b>
...	...
<b>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang</b>	<b>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang</b>
...	...
<b>2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?</b>	<b>2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?</b>
<b>(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung</b>	<b>(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung</b>
...	...
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.
	<a href="#">Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe und dazu gehörende ärztliche Leistungen.</a>
	<a href="#">Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen.</a>
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.
<b>(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen</b>	<b>(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen</b>
...	...
<b>2.2.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</b>	<b>2.2.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</b>
Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:	Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:
<b>(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)</b>	<b>(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)</b>
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 100 Prozent der Aufwendungen für	Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalationen,</li> <li>• Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie),</li> <li>• Massagen,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalationen,</li> <li>• Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie),</li> <li>• Massagen,</li> <li>• <a href="#">physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativ-Versorgung.</a></li> <li>• Hydrotherapie und Packungen,</li> <li>• Wärmebehandlung,</li> <li>• Elektrotherapie,</li> <li>• Lichttherapie sowie</li> <li>• medizinische Bäder,</li> </ul>
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.	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.
	<a href="#">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.</a>
<b>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</b>	<b>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</b>
...	...
<b>(5) Aufwendungen für Krankentransporte</b>	<b>(5) Aufwendungen für Krankentransporte</b>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>...</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><b>2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</b></p> <p>...</p>	<p>...</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><b><u>(6) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u></b></p> <p><b><u>a) Versicherte Leistungen</u></b>  <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><u>b) Leistungsvoraussetzungen</u></b>  <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u>  <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden</u></li> <li>• <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u>  <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u></li> <li>• <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></li> </ul> <p><b><u>c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen</u></b>  <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><b>2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</b></p> <p>...</p>

### 3. Tarifbedingungen – Tarif 740

#### Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (ohne 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 für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays?	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?	2.2.5 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>
...	...
<b>(3) Aufwendungen für Inlays</b> Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für	<b>(3) Aufwendungen für Inlays</b> Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie</li> <li>• die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie</li> <li>• die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.</li> </ul>
	<b><u>(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u></b>
	<b><u>a) Versicherte Leistung</u></b> <u>Wir ersetzen 75 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>
	<b><u>b) Leistungsvoraussetzungen</u></b> <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <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></li> <li>• <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</u></li> <li>• <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></li> </ul>
	<b><u>c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen</u></b> <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?
...	...