

**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 Ärzte Best 100 (MB100).....	2
3. Tarifbedingungen – Tarif Ärzte Plus 100 (MP100).....	10

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 – Tarif Ärzte Best 100 (MB100)

**Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2013 (mit Übertragungswert, Unisex)**

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
...	...
2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?	2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?
(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen ...	(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen ...
(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei • einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB), • einem anderen privaten Krankenversicherer oder • einem sonstigen Leistungsträger Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.	(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei • einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB), • einem anderen privaten Krankenversicherer oder • einem sonstigen Leistungsträger Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben. <u>(5) Aufwendungen für eine vorbereitende Kryo-Konservierung</u> <u>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von</u> <u>• Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe und</u> <u>• dazu gehörende ärztliche Leistungen.</u> <u>Dies setzt voraus, dass</u> <u>• die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und</u> <u>• die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft nach den Absätzen 1 und 3 künstlich herbeizuführen.</u> <u>Wenn Zellen oder Gewebe einer weiblichen versicherten Person aufbewahrt werden sollen, darf sie zu Beginn der Kryo-Konservierung noch keine 41 Jahre alt sein.</u> <u>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.</u> <u>Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.</u>
2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie? ...	2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie? ...
2.2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? ...	2.2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? ...
(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) ...	(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) ...
c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.	c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>2.2.1.15 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen vereinbart?</p> <p>...</p>	<p>(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</p> <p>a) Versicherte Leistung Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</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 Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.1.2 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. <p>c) 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>2.2.1.15 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen vereinbart?</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 besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?</p> <p>2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?</p> <p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>2.2.2.12 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>	<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.2.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?</p> <p>2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?</p> <p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>2.2.2.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?</p> <p>2.2.2.13 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>2.2.2.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>
<p>...</p> <p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für</p>	<p>...</p> <p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<ul style="list-style-type: none"> • medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und • stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim. <p>Außerdem gilt Ziffer 2.2.2.6 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.</p> <p>2.2.2.12 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p> <p>2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und • stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim. <p>Außerdem gilt Ziffer 2.2.2.6 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.</p> <p><u>2.2.2.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?</u></p> <p><u>(1) Versicherte Leistung</u> Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</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><u>(2) Leistungsvoraussetzungen</u> Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u> Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2.2 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. <p><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 werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.</p> <p><u>2.2.2.13 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</u></p> <p>...</p> <p><u>2.2.2.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</u></p> <p>...</p> <p>2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland</p>
<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?</p> <p>2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays?</p> <p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?</p> <p>2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?</p> <p>2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?</p> <p>2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p>	<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?</p> <p>2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays <u>sowie für digitale Gesundheitsanwendungen?</u></p> <p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?</p> <p>2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?</p> <p>2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?</p> <p>2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>	<p>2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>
<p>...</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays?</p> <p>...</p> <p>(3) Aufwendungen für Inlays Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inlays (Einlagefüllungen), • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind. 	<p>...</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays <u>sowie für digitale Gesundheitsanwendungen</u>?</p> <p>...</p> <p>(3) Aufwendungen für Inlays Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inlays (Einlagefüllungen), • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind. <p><u>(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u></p> <p><u>a) Versicherte Leistung</u> <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><u>b) 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 2.2.3.3 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><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></p>
<p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>...</p>	<p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>...</p>
<p>2.6 Anlagen</p>	<p>2.6 Anlagen</p>
<p>...</p> <p>2.6.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs MB100</p> <p>Wichtige Informationen: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.</p> <p>Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen sind nur bis zum versicherten Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.14 Absatz 1 b) erstattungsfähig.</p> <p>Leistung Physiotherapie</p>	<p>...</p> <p>2.6.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs MB100</p> <p>Wichtige Informationen: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.</p> <p>Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen sind nur bis zum versicherten Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.14 Absatz 1 b) erstattungsfähig.</p> <p>Leistung Physiotherapie</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
- Inhalationen	- Inhalationen
Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation	Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer
Radon-Inhalation im Stollen	Radon-Inhalation im Stollen
Radon-Inhalation mittels Hauben	Radon-Inhalation mittels Hauben
- Krankengymnastik, Bewegungsübungen	- Krankengymnastik, Bewegungsübungen
	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Voita, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Geburtstag erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Voita) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Bewegungsübungen	Bewegungsübungen
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten
Chiroymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Chiroymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag	Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag
Gerätgestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbautraining - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)	Gerätgestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbautraining - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)
Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-Schlinge)	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-Schlinge)
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)
- Massagen	- Massagen
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colon-Massage)	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Reflexzonen- , Bürsten- und Colon-Massage)
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	- Kompressionsbandagierung einer Extremität
Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Bisherige Fassung	Neue Fassung
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung
Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Kalt-Packung - zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark	Kalt-Packung - zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark
-bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid	-bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid
Heublumensack, Peloid-Kompresse	Heublumensack, Peloid-Kompresse
Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz	Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz
Trocken-Packung	Trocken-Packung
Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss	Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss
Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss	Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung
An- oder Absteigendes Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	An- oder Absteigendes Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe
An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz	Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- weitere Zusätze, je Zusatz	- weitere Zusätze, je Zusatz
Gashaltige Bäder	Gashaltige Bäder
- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Radon-Zusatz, je 500 000 Milliliter	- Radon-Zusatz, je 500 000 Milliliter
-Kälte- und Wärmebehandlung	-Kälte- und Wärmebehandlung
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	
Eisteilbad	
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile
- Elektrotherapie	- Elektrotherapie
Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen
Iontophorese	Iontophorese
Zwei- oder Vierzellenbad	Zwei- oder Vierzellenbad
Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Lichttherapie	- Lichttherapie
Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	- in einer Gruppe, je Teilnehmer

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder
- Ergotherapie	- Ergotherapie
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall
Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten - bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten - bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten	Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten - bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten - bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten
	<u>Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten</u> <u>Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall</u> - bei motorisch-funktionellen Störungen bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit - bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit - bei psychisch-funktionellen Störungen bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit
Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Gruppenbehandlung - mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
	<u>Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, mindestens 30 Minuten, je Teilnehmer</u> <u>Gruppenbehandlung bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer</u> Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer <u>Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, mindestens 180 Minuten, je Teilnehmer</u>
- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer	
- Logopädie	- Logopädie
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	<u>Stimm-, Sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung und Erstellung eines Behandlungsplanes, einmal je Behandlungsfall</u>
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	
Ausführlicher Bericht	
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen - mindestens 30 Minuten	<u>Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen (Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Teilnehmers und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig)</u> - mindestens 30 Minuten
	- mindestens 45 Minuten
	- mindestens 60 Minuten
	- mindestens 90 Minuten
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer - Kindergruppe, mindestens 30 Minuten	<u>Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen (Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig), je Teilnehmer</u> - Gruppe (2 Personen), mindestens 45 Minuten - Gruppe (3 bis 5 Personen), mindestens 45 Minuten - Gruppe (2 Personen), mindestens 90 Minuten - Gruppe (3 bis 5 Personen), mindestens 90 Minuten
- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten	
- Podologie	- Podologie
Hornhautabtragung an beiden Füßen	Hornhautabtragung an beiden Füßen
Hornhautabtragung an einem Fuß	Hornhautabtragung an einem Fuß
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	Nagelbearbeitung an beiden Füßen
Nagelbearbeitung an einem Fuß	Nagelbearbeitung an einem Fuß
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	<p><u>Erstversorgung mit einer Federstahldraht Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen</u></p> <p><u>Regulierung der Orthonyxiespange nach RossFraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u></p> <p><u>Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation</u></p> <p><u>Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u></p> <p><u>Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u></p>
<p>Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person</p>	<p>Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person</p>
	<p>- Ernährungstherapie</p> <p><u>durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler</u></p> <p><u>Erstgespräch mit Behandlungsplanung, mindestens 60 Minuten</u></p> <p><u>Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr</u></p> <p><u>Gruppenbehandlung, mindestens 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr</u></p>
<p>- Hausbesuche/Wegegeld</p>	<p>- Hausbesuche/Wegegeld</p>
<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>	<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
<p>Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer bis maximal 50 Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis maximal 50 Kilometer</p>	<p>Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bis maximal 50 Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis maximal 50 Kilometer</p>
<p>2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MB100</p> <p>...</p>	<p>2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MB100</p> <p>...</p>

3. Tarifbedingungen – Tarif Ärzte Plus 100 (MP100)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2013 (mit Übertragungswert, Unisex)

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
...	...
2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?	2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?
(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen ...	(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen ...
(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei • einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB), • einem anderen privaten Krankenversicherer oder • einem sonstigen Leistungsträger Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.	(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei • einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB), • einem anderen privaten Krankenversicherer oder • einem sonstigen Leistungsträger Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.
	(5) Aufwendungen für eine vorbereitende Kryo-Konservierung <u>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von</u> • <u>Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe und</u> • <u>dazu gehörende ärztliche Leistungen.</u> <u>Dies setzt voraus, dass</u> • <u>die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und</u> • <u>die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft nach den Absätzen 1 und 3 künstlich herbeizuführen.</u> <u>Wenn Zellen oder Gewebe einer weiblichen versicherten Person aufbewahrt werden sollen, darf sie zu Beginn der Kryo-Konservierung noch keine 41 Jahre alt sein.</u> <u>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.</u> <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.</u>
2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie? ...	2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie? ...
2.2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? ...	2.2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? ...
(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) ...	(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) ...
c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.	c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.
	(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen a) Versicherte Leistung <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.</u>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>2.2.1.15 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen vereinbart?</p> <p>...</p>	<p><u>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 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>2.2.1.15 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen vereinbart?</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 besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?</p> <p>2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?</p> <p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>2.2.2.12 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p>	<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.2.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?</p> <p>2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?</p> <p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p><u>2.2.2.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?</u></p> <p><u>2.2.2.13 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</u></p> <p><u>2.2.2.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</u></p> <p>...</p>
<p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und • stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim. <p>Außerdem gilt Ziffer 2.2.2.6 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.</p>	<p>2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?</p> <p>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und • stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim. <p>Außerdem gilt Ziffer 2.2.2.6 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	<p><u>2.2.2.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?</u></p> <p><u>(1) Versicherte Leistung</u> <u>Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 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><u>(2) 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 2.2.2.2 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><u>(3) 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><u>2.2.2.13 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</u></p> <p>...</p> <p><u>2.2.2.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</u></p> <p>...</p> <p>2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland</p>
<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?</p> <p>2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?</p> <p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?</p> <p>2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?</p> <p>2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?</p> <p>2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p> <p>2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>	<p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?</p> <p>2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?</p> <p>2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?</p> <p>2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?</p> <p>2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe <u>sowie für digitale Gesundheitsanwendungen?</u></p> <p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?</p> <p>2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?</p> <p>2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?</p> <p>2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?</p> <p>2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?</p> <p>2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>...</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?</p> <p>...</p> <p>(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • zahnärztliche Leistungen gemäß dem Abschnitt des Gebührenverzeichnisses der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der prophylaktische Leistungen regelt, • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind. 	<p>...</p> <p>2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe <u>sowie für digitale Gesundheitsanwendungen?</u></p> <p>...</p> <p>(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • zahnärztliche Leistungen gemäß dem Abschnitt des Gebührenverzeichnisses der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der prophylaktische Leistungen regelt, • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie • die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind. <p><u>(3) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen</u></p> <p><u>a) Versicherte Leistung</u> <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><u>b) 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 2.2.3.3 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><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></p>
<p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>...</p>	<p>2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?</p> <p>...</p>
<p>2.7 Anlagen</p>	<p>2.7 Anlagen</p>
<p>...</p> <p>2.7.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs MP100</p> <p>Wichtige Informationen: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.</p> <p>Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen sind nur bis zum versicherten Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.14 Absatz 1 b) erstattungsfähig.</p> <p>Leistung Physiotherapie</p> <hr/> <p>- Inhalationen</p> <hr/> <p>Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation</p> <hr/> <p>Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer</p>	<p>...</p> <p>2.7.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs MP100</p> <p>Wichtige Informationen: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.</p> <p>Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen sind nur bis zum versicherten Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.14 Absatz 1 b) erstattungsfähig.</p> <p>Leistung Physiotherapie</p> <hr/> <p>- Inhalationen</p> <hr/> <p>Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation</p> <hr/> <p>Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer
Radon-Inhalation im Stollen	Radon-Inhalation im Stollen
Radon-Inhalation mittels Hauben	Radon-Inhalation mittels Hauben
- Krankengymnastik, Bewegungsübungen	- Krankengymnastik, Bewegungsübungen
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Geburtstag erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Bewegungsübungen	Bewegungsübungen
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten
Chiroymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Chiroymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag	Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbau- training - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbau- training - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)
Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-Schlinge)	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-Schlinge)
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)
- Massagen	- Massagen
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colon-Massage)	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Reflexzonen- , Bürsten- und Colon-Massage)
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	- Kompressionsbandagierung einer Extremität
Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
	- Palliativversorgung Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, mindestens 60 Minuten
- Packungen, Hydrotherapie, Bäder	- Packungen, Hydrotherapie, Bäder
Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Warm-Packung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	Warm-Packung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Kalt-Packung - zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark	Kalt-Packung - zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark
-bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloido ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid	-bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloido ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid
Heublumensack, Peloid-Kompresse	Heublumensack, Peloid-Kompresse
Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz	Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz
Trocken-Packung	Trocken-Packung
Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss	Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss
Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss	Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung
An- oder Absteigendes Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	An- oder Absteigendes Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe
An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz	Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- weitere Zusätze, je Zusatz	- weitere Zusätze, je Zusatz
Gashaltige Bäder	Gashaltige Bäder
- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat
-Kälte- und Wärmebehandlung	-Kälte- und Wärmebehandlung
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	
Eisteilbad	
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile
- Elektrotherapie	- Elektrotherapie
Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen
Iontophorese	Iontophorese
Zwei- oder Vierzellenbad	Zwei- oder Vierzellenbad
Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Lichttherapie	- Lichttherapie
Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	- in einer Gruppe, je Teilnehmer
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht
Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes	Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes
Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder	Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>- Ergotherapie</p> <p>Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall</p> <p>Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten</p> <p>- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten</p> <p>- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten</p> <hr/> <p>Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten</p> <p>Gruppenbehandlung - mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer</p> <hr/> <p>- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer</p>	<p>- Ergotherapie</p> <p>Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall</p> <p>Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten</p> <p>- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten</p> <p>- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten</p> <p>Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung, Richtwert: 120 Minuten</p> <p>Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall</p> <p>- bei motorisch-funktionellen Störungen bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit</p> <p>- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit</p> <p>- bei psychisch-funktionellen Störungen bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit</p> <hr/> <p>Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten</p> <p>Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer</p> <p>Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, mindestens 30 Minuten, je Teilnehmer</p> <p>Gruppenbehandlung bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer</p> <p>Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer</p> <p>Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung, mindestens 180 Minuten, je Teilnehmer</p>
<p>- Logopädie</p> <p>Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall</p> <p>Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall</p> <p>Ausführlicher Bericht</p> <p>Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen - mindestens 30 Minuten</p> <hr/> <p>- mindestens 45 Minuten</p> <p>- mindestens 60 Minuten</p> <hr/> <p>Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer - Kindergruppe, mindestens 30 Minuten</p> <hr/> <p>- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten</p>	<p>- Logopädie</p> <p>Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung und Erstellung eines Behandlungsplanes, einmal je Behandlungsfall</p> <hr/> <p>Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen (Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Teilnehmers und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig)</p> <p>- mindestens 30 Minuten</p> <p>- mindestens 45 Minuten</p> <p>- mindestens 60 Minuten</p> <p>- mindestens 90 Minuten</p> <p>Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen (Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig), je Teilnehmer</p> <p>- Gruppe (2 Personen), mindestens 45 Minuten</p> <p>- Gruppe (3 bis 5 Personen), mindestens 45 Minuten</p> <p>- Gruppe (2 Personen), mindestens 90 Minuten</p> <p>- Gruppe (3 bis 5 Personen), mindestens 90 Minuten</p>
<p>- Podologie</p> <p>Hornhautabtragung an beiden Füßen</p> <p>Hornhautabtragung an einem Fuß</p> <p>Nagelbearbeitung an beiden Füßen</p> <p>Nagelbearbeitung an einem Fuß</p> <p>Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</p> <p>Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</p>	<p>- Podologie</p> <p>Hornhautabtragung an beiden Füßen</p> <p>Hornhautabtragung an einem Fuß</p> <p>Nagelbearbeitung an beiden Füßen</p> <p>Nagelbearbeitung an einem Fuß</p> <p>Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</p> <p>Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</p> <p>Erstversorgung mit einer Federstahldraht Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen</p> <p>Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person</p> <hr/> <p>- Hausbesuche/Wegegeld</p> <p>Ärztlich verordneter Hausbesuch</p> <hr/> <p>Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer bis maximal 50 Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis maximal 50 Kilometer</p> <hr/> <p>2.7.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MP100</p> <p>...</p>	<p><u>Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation</u></p> <hr/> <p><u>Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahdraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u></p> <hr/> <p><u>Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u></p> <hr/> <p>Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person</p> <hr/> <p>- Ernährungstherapie</p> <p><u>durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler</u></p> <hr/> <p><u>Erstgespräch mit Behandlungsplanung, mindestens 60 Minuten</u></p> <hr/> <p><u>Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr</u></p> <hr/> <p><u>Gruppenbehandlung, mindestens 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr</u></p> <hr/> <p>- Hausbesuche/Wegegeld</p> <p>Ärztlich verordneter Hausbesuch</p> <hr/> <p>Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bis maximal 50 Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis maximal 50 Kilometer</p> <hr/> <p>2.7.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MP100</p> <p>...</p>