

Ihre Krankenversicherung

Änderungen der Versicherungsbedingungen



Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit dieser Beilage möchten wir Sie über Änderungen der Versicherungsbedingungen für Ihre Krankheitskosten-Versicherung informieren.

Die Änderungen betreffen zum einen die aus dem „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) resultierende Einführung eines Anspruchs der gesetzlich Krankenversicherten auf Erstattung von Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen. Um dem medizinischen bzw. technischen Fortschritt Rechnung zu tragen, werden Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen in den Versicherungsschutz für die Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung einschließlich der Beihilfeversicherung aufgenommen.

Zum anderen beinhaltet unsere KomfortKlasse, der Vollversicherungs-Tarif K, ein „Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen“ (Tarif K Bisex) bzw. ein „Verzeichnis für Schutzimpfungen“ (Tarif K Unisex). Die darin verzeichneten Schutzimpfungen orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO). Hier haben wir zur Anpassung an die Empfehlung der STIKO die Verzeichnisse um eine Impfung erweitert und die Liste der aufgeführten Schutzimpfungen dabei nunmehr alphabetisch sortiert.

Die Anpassungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) basieren auf nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens und sind zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich. Ein unabhängiger Treuhänder hat der Anpassung der Bedingungen mit Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse zugestimmt und deren Angemessenheit bestätigt. Darüber hinaus haben wir weitere einzelne rein redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Die Änderungen Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Einzelnen können Sie den nachfolgenden Tabellen entnehmen. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben sind, bei denen sich Änderungen ergeben. Die Änderungen sind dabei durch Unterstreichung (für neue Texte) bzw. ~~Durchstreichung~~ (für entfallene Texte) kenntlich gemacht.

Falls Sie erst kürzlich Vertragsunterlagen von uns erhalten haben, können diese Änderungen bereits in den Ihnen vorliegenden Versicherungsbedingungen enthalten sein. Sollte die neue Fassung sich bereits in Ihren Vertragsunterlagen befinden, gibt es nichts weiter zu beachten. Anderenfalls werden die nachfolgenden Änderungen Ihrer Versicherungsbedingungen zu Beginn des zweiten Monats nach Zugang dieses Schreibens wirksam.

Bitte nehmen Sie diese Beilage zu Ihren Vertragsunterlagen.

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Teil II Tarifbedingungen

- a) Bisex
- b) TB/KK 2013 Unisex
- c) TB/KK 2019 Unisex

Die textlichen Ergänzungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter „§ 4 Umfang der Leistungspflicht“ sind bei den verschiedenen Bedingungswerken a), b) und c) sprachlich und inhaltlich identisch. Aufgrund unterschiedlicher Zählung in den Tarifbedingungen unterscheiden sich jedoch die jeweiligen Ziffern unter Absatz 2, unter denen die Regelungen angefügt werden. Unter Absatz 3 und 4 unterscheiden sich demzufolge entsprechend auch die Bezüge auf die jeweilige Regelung unter Absatz 2. Die unterschiedlichen Stellen in den jeweiligen AVB sind daher unter „Betroffene Stelle der AVB“ adressiert. Zusätzlich wurden unter § 1 Teil II Absatz 4 der TB/KK 2019 Unisex die digitalen Gesundheitsaufwendungen in die Regelung aufgenommen.

Betroffene Stelle der AVB	Inhalt der Änderung
§ 1 Teil II Absatz 4 c) TB/KK 2019 Unisex	Erstattungsfähige Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte. Für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel <u>sowie digitale Gesundheitsanwendungen</u> gilt: erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel <u>und digitalen Gesundheitsanwendungen</u> bezogen worden sind. Andere erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die der erstattungsfähigen Aufwendung zugrunde liegende Maßnahme jeweils vorgenommen worden ist.
§ 4 Teil II Absatz 2 a) Bisex: Ziffer 11. b) TB/KK 2013 Unisex: Ziffer 13. c) TB/KK 2019 Unisex: Ziffer 16. kommen als neue Leistung hinzu.	Tarife für ambulante Heilbehandlung Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt. (...) <u>Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.</u> <u>Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.</u>

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.

Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in [gültig für a) und b)] Ziffer 8. [bzw. gültig für c)] Ziffer 8. Buchstabe a) genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwundersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.

§ 4 Teil II Absatz 3

- a) Bisex: Ziffer 12.
- b) TB/KK 2013 Unisex: Ziffer 16.
- c) TB/KK 2019 Unisex: Ziffer 17.

Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

(...)

Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 [gültig für a)] Ziffer 11. [bzw. gültig für b)] Ziffer 13. [bzw. gültig für c)] Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten. Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

§ 4 Teil II Absatz 4

- a) Bisex
- b) TB/KK 2013 Unisex
- c) TB/KK 2019 Unisex

Tarife für zahnärztliche Behandlung

(...)

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für

(...)

i) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 [gültig für a)] Ziffer 11. [bzw. gültig für b)] Ziffer 13. [bzw. gültig für c)] Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für

(...)

f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 [gültig für a)] Ziffer 11. [bzw. gültig für b)] Ziffer 13. [bzw. gültig für c)] Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

3. (...)

Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 [gültig für a)] Ziffer 11. [bzw. gültig für b)] Ziffer 13. [bzw. gültig für c)] Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

2. Teil III Tarifbeschreibung – Tarif K: KomfortKlasse

- a) Tarif K (Bisex)
- b) Tarif K (Unisex)

Betroffene Stelle der AVB	Inhalt der Änderung
Ziffer 1	Selbstbehalt und Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen (...) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem zum Beispiel die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel <u>und digitalen Gesundheitsanwendungen</u> bezogen wurden. (...)

Ziffer 2 Buchstabe f)	f) Digitale Gesundheitsanwendungen Die Erstattung der Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 <i>[gültig für a)]</i> Ziffer 11. <i>[bzw. gültig für b)]</i> Ziffer 13. Der AVB erfolgt zu 80 Prozent. Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II Absatz 2 <i>[gültig für a)]</i> Ziffer 11. <i>[bzw. gültig für b)]</i> Ziffer 13. der AVB unberührt.
a) Tarif K (Bisex) b) Tarif K (Unisex)	
a) Tarif K (Bisex): Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen des Tarifs K	(...) Schutzimpfungen (...) Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Schutzimpfungen wird nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen KO und K300 gewährten Pauschalerstattungen angerechnet.
b) Tarif K (Unisex): Verzeichnis für Schutzimpfungen des Tarifs K	(...) Die aufgeführten Schutzimpfungen orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO). Bei einer Ausweitung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ist der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, den Umfang der nachfolgenden Liste mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen. <ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) • Grippe • Haemophilus influenza B – nur für Kinder • Hepatitis-A – nur für Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und medizinisch-technische Angestellte • Hepatitis-B • Herpes zoster (Gürtelrose) – für Personen ab Alter 60 oder für Personen mit chronischen Erkrankungen • HPV-Impfung – von Alter 9 bis Alter 17 • Masern • Meningokokken – nur für Kinder oder für Personen mit Immundefekten • Mumps • Pertussis (Keuchhusten) • Pneumokokken – nur für Kinder, für Personen ab Alter 60 oder für Personen mit chronischen Erkrankungen • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Rotaviren – nur für Säuglinge bis zum 6. Lebensmonat • Röteln • Tetanie (Wundstarrkrampf) • Tuberkulose • Varizellen (Windpocken)

3. Teil III Tarifbeschreibung – Tarif E: Einstiegsklasse

Betroffene Stelle der AVB	Inhalt der Änderung
Ziffer 1	Allgemeines und Selbstbehalt (...) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem zum Beispiel die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel <u>und digitalen Gesundheitsanwendungen</u> bezogen wurden. (...)
Ziffer 2 Buchstabe f)	f) Digitale Gesundheitsanwendungen Die Erstattung der Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 11. der AVB erfolgt zu 80 Prozent. Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 11. der AVB unberührt.

4. Teil III Tarifbeschreibung – Tarife 200-209, 2020: Ambulante Heilbehandlung (Bisex), Tarif 200-209: Ambulante Heilbehandlung (Unisex)

Betroffene Stelle der AVB	Inhalt der Änderung
	(...) Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel <u>und digitalen Gesundheitsanwendungen</u> bezogen werden. (...)

5. Teil III Tarifbeschreibung – Tarife 21P70-21P90: Ambulante Heilbehandlung (Bisex), Tarif 21P70-21P90: Ambulante Heilbehandlung (Unisex)

Betroffene Stelle der AVB	Inhalt der Änderung
	(...) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel <u>und digitalen Gesundheitsanwendungen</u> bezogen werden. (...)

6. Teil III Tarifbeschreibung – Tarif MedExtra

Betroffene Stelle der AVB	Inhalt der Änderung
Ziffer 2 Buchstabe j)	j) Digitale Gesundheitsanwendungen <u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 16. sind zu 80 Prozent erstattungsfähig.</u>