

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

**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 den Tarif integriert und Bestandteil Ihres Vertrages.

Die Änderung betrifft:

- **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 im tariflichen Leistungsumfang Vertragsinhalt.

Die AVB-Änderung wird zum 01.01.2021 wirksam. Die Zustimmung unseres juristischen Treuhänders liegt vor. Die neue Regelung berücksichtigen wir automatisch bei der Leistungsabrechnung. Daher ist kein Handlungsbedarf Ihrerseits nötig.

Die Details zu der Änderung 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**

**Tarifbedingungen - Tarif 591**

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

| Bisherige Fassung  | Neue Fassung  |
|--|---|
| 2. Tarifbedingungen  | 2. Tarifbedingungen   |
| ...  | ...   |
| <b>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang</b>  | <b>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang</b>   |
| ...  | ...   |
| <b>2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?</b>   | <b>2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?</b>  |
| Bei einer zielgerichteten medizinisch notwendigen Kurbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:  | Bei einer zielgerichteten medizinisch notwendigen Kurbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:   |
| <b>(1) Ambulante Kurbehandlung</b>   | <b>(1) Ambulante Kurbehandlung</b>  |
| <b>a) Aufwendungen für die Kurbehandlung</b><br>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für  | <b>a) Aufwendungen für die Kurbehandlung</b><br>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Leistungen,</li> <li>• den Kurplan,</li> <li>• Arzneimittel, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind und</li> <li>• Kurmittel,</li> <li>• physikalische Therapie, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet worden ist, sowie</li> <li>• die Kurtaxe.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Leistungen,</li> <li>• den Kurplan,</li> <li>• Arzneimittel, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind und</li> <li>• Kurmittel,</li> <li>• physikalische Therapie, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet worden <u>ist</u>.</li> <li>• <u>die Kurtaxe sowie</u></li> <li>• <u>die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</u></li> </ul>   |
| <b>b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht</b><br>Unsere Leistungspflicht ist pro Versicherungsfall insgesamt bis zum 10fachen des versicherten Tagessatzes begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.   | <b>b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht</b><br>Unsere Leistungspflicht ist pro Versicherungsfall insgesamt bis zum 10fachen des versicherten Tagessatzes begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.  |
| <b>(2) Stationäre Kurbehandlung</b>  | <b>(2) Stationäre Kurbehandlung</b>   |
| <b>a) Aufwendungen für die Unterkunft und die Kurbehandlung</b><br>Wir ersetzen pro Tag bis zum versicherten Tagessatz 100 Prozent der Aufwendungen für  | <b>a) Aufwendungen für die Unterkunft und die Kurbehandlung</b><br>Wir ersetzen pro Tag bis zum versicherten Tagessatz 100 Prozent der Aufwendungen für   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterkunft und Verpflegung in Kur-Krankenhäusern,</li> <li>• ärztliche Leistungen,</li> <li>• den Kurplan,</li> <li>• Arzneimittel, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind, und</li> <li>• Kurmittel,</li> <li>• physikalische Therapie, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet worden ist, sowie</li> <li>• die Kurtaxe.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterkunft und Verpflegung in Kur-Krankenhäusern,</li> <li>• ärztliche Leistungen,</li> <li>• den Kurplan,</li> <li>• Arzneimittel, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind, und</li> <li>• Kurmittel,</li> <li>• physikalische Therapie, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.2 verordnet worden <u>ist</u>.</li> <li>• <u>die Kurtaxe sowie</u></li> <li>• <u>die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.</u></li> </ul> |
| <b>b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht</b><br>Unsere Leistungspflicht ist pro Versicherungsfall auf die Dauer von bis zu ununterbrochenen 28 Tagen der stationären Kurbehandlung begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die Dauer von 28 Tagen überschritten worden ist.  | <b>b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht</b><br>Unsere Leistungspflicht ist pro Versicherungsfall auf die Dauer von bis zu ununterbrochenen 28 Tagen der stationären Kurbehandlung begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die Dauer von 28 Tagen überschritten worden ist.   |
|  | <b><u>(3) Begriffserläuterung "digitale Gesundheitsanwendungen" und Leistungsvoraussetzungen</u></b>  |
|  | <b><u>a) Begriffserläuterungen</u></b><br><u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u>   |
|  | <b><u>b) Leistungsvoraussetzungen</u></b><br><u>Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Von einem Leistungserbringer verordnet</u><br/><u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.</u></li> </ul>  |

| Bisherige Fassung                             | Neue Fassung  |
|---|---|
| <p>(3) Erneuter Leistungsanspruch<br/>...</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u><br/>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.</li> <li>• <u>Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u><br/>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.</li> </ul> <p><b>c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen</b><br/>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><b>(4) Erneuter Leistungsanspruch</b><br/>...</p> |