

**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 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

## Tarifbedingungen Teil II – Tarif Kostenbewusst (KB)

### Einzel- und Gruppenversicherung

**Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn  
- ab 01.01.2008 bis 31.12.2008 (ohne Übertragungswert, Bisex)**

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>...</p> <p><b>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</b></p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung – Erstattung 100%, Selbstbeteiligung 310 EUR</p> <p>...</p> <p>Dazu gehören:</p> <p>a) ärztliche Leistungen, die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbar sind. Die Aufwendungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.</p> <p>b) Arzneimittel</p> <p>...</p> <p>c) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) Als physikalisch-medizinische Leistungen gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.</p> <p>Kosten für Massagen und Wärmebehandlung sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>d) Hilfsmittel,</p> <p>...</p> <p>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>...</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 2 gilt insoweit nicht.</p>	<p>...</p> <p><b>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</b></p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung – Erstattung 100%, Selbstbeteiligung 310 EUR</p> <p>...</p> <p>Dazu gehören:</p> <p>a) ärztliche Leistungen, die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbar sind. Die Aufwendungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.</p> <p><u>Zu den ärztlichen Leistungen gehört auch eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe.</u></p> <p><u>Dies setzt voraus, dass die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen.</u></p> <p>b) Arzneimittel,</p> <p>...</p> <p>c) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) Als physikalisch-medizinische Leistungen gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, <u>physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung</u>, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden. <u>Als Heilmittel gilt auch Ernährungstherapie, wenn sie von einem Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.</u></p> <p>Kosten für Massagen und Wärmebehandlung sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>d) Hilfsmittel,</p> <p>...</p> <p>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>...</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 2 gilt insoweit nicht.</p> <p><u>i) Digitale Gesundheitsanwendungen</u> <u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</u></p> <p><u>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <p><u>- Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Teil I § 3 Abs. 3 genannten Arzt verordnet worden.</u></p> <p><u>- Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e SGB V enthalten.</u></p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>(2) Stationäre Heilbehandlung – Erstattung 100%</p> <p>...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung Es werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.</p> <p>f) Krankenhaustagegeld ...</p> <p>g) Hospizversorgung ...</p> <p>h) Transportkosten ...</p> <p>i) Stationäre Behandlung außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. ...</p> <p>(3) Zahnärztliche Heilbehandlung – Erstattung 80%</p> <p>...</p> <p>e) Kieferorthopädische Leistungen Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.</p>	<p><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> <p><u>Nicht erstattungsfähig sind die 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) Stationäre Heilbehandlung – Erstattung 100%</p> <p>...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung Es werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.</p> <p><u>f) Digitale Gesundheitsanwendungen</u> <u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem 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>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <p><u>- Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem Arzt verordnet worden.</u></p> <p><u>- Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e SGB V enthalten.</u></p> <p><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> <p><u>Nicht erstattungsfähig sind die 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>g) Krankenhaustagegeld ...</p> <p>h) Hospizversorgung ...</p> <p>i) Transportkosten ...</p> <p>j) Stationäre Behandlung außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. ...</p> <p>(3) Zahnärztliche Heilbehandlung – Erstattung 80%</p> <p>...</p> <p>e) Kieferorthopädische Leistungen Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.</p> <p><u>f) Digitale Gesundheitsanwendungen</u> <u>Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem 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>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:</u></p> <p><u>- Von einem Leistungserbringer verordnet</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem Arzt oder Zahnarzt verordnet worden.</u></p> <p><u>- Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten</u> <u>Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e SGB V enthalten.</u></p> <p><u>- Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an</u> <u>Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der versicherten Person als</u></p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>f) Ergänzend gilt:  aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn  Für Zahnersatz, funktionsanalytische und –therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie ist ab Versicherungsbeginn die Gesamtleistung pro versicherte Person auf nachfolgende Höchstbeträge begrenzt:</p> <p>...</p>	<p><u>sinnvoll erachten.</u></p> <p><u>Nicht erstattungsfähig sind die 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>g) Ergänzend gilt:  aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn  Für Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische <u>Leistungen, Kieferorthopädie sowie digitale Gesundheitsanwendungen</u> ist ab Versicherungsbeginn die Gesamtleistung pro versicherte Person auf nachfolgende Höchstbeträge begrenzt:</p> <p>...</p>