

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Die Voraussetzungen für AVB-Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter anderem müssen sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft geändert haben. Dies kann zum einen durch Gesetzesänderungen geschehen. Oder auch durch den medizinisch-technischen Fortschritt. In jedem Fall müssen die AVB-Änderungen zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich sein. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt.

Den AVB-Änderungen hat daher ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Änderungen betreffen die Einzel- und Gruppenversicherung (EV und GV).

Im Folgenden erhalten Sie einen **Überblick über die AVB-Änderungen** und die hierfür maßgeblichen Gründe. **Bitt nehmen Sie diese Seiten zu Ihren Unterlagen. Den genauen Wortlaut der geänderten Regelungen entnehmen Sie bitte Ihren AVB:** Besuchen Sie uns im Internet: www.dkv.com. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen. Bei Fragen rufen Sie uns einfach unter der gebührenfreien Rufnummer **0800 / 3746 007** an – wir sind gern für Sie da. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Anpassung der Darstellung der Vorsorgeleistungen nach gesetzlich eingeführten Programmen an den aktuellen Stand der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien verankerten Programme

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der gesetzlichen Krankenkassen, der für die oben aufgeführten Programme zuständig ist, ergaben sich Änderungen. So wurden z.B. eine „Untersuchung zur Früherkennung auf Aneurysmen der Bauchorta“ für Männer, eine „Untersuchung zur Früherkennung auf eine Chlamydia-trachomatis-Infektion (wegen unerkannter Entzündungen mit der Gefahr von Unfruchtbarkeit)“ für Frauen oder allgemein eine „Untersuchung zur Früherkennung auf eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion“ ergänzt. Daher wurden die Anhänge dieser Tarife aktualisiert. Geleistet wird, hiervon unabhängig, schon immer nach dem jeweils aktuellen Stand der Programme.

Die Änderungen betreffen Unisextarife **BME / BMG / BMK / BMUNI / KAMP** sowie Tarife **BM1-5**.

II. Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz

In den Tarifen, in denen Kinderwunschbehandlung detailliert beschrieben ist, haben wir Kryokonservierung nebst den dazugehörigen ärztlichen Leistungen ergänzt. Bei diesem Verfahren werden Keimzellen für eine Kinderwunschbehandlung eingefroren. Umfasst ist auch die Lagerung für eine spätere künstliche Befruchtung, wenn aufgrund krankheitsbedingten Behandlung mittels einer keimzellschädigenden Therapie die Gefahr der Unfruchtbarkeit entsteht.

Die Änderungen betreffen Unisextarife **BK / BKA / BKE / BKEA / BME / BMG / BMK / BMUNI / KAMP** sowie Tarife: **BM4-5 / KL / MC**.

III. Anpassung an das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Durch dieses Gesetz wurde der Zugang zum Beruf des Psychotherapeuten einheitlicher gestaltet. Dafür wurde § 1 Abs. 1 des Gesetzes über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten entsprechend geändert. Hierdurch wurden neue Berufsbezeichnungen für nicht-ärztliche Therapeuten eingeführt. Soweit unsere AVB nicht bereits Formulierungen enthielten, die hierfür weit genug ausgestaltet waren, haben wir sie modifiziert. War eine Änderung geboten, folgt nun nach der Beschreibung der zugelassenen Ärzte entweder nachfolgende Klausel oder eine sinngemäße Ergänzung: *„Die ambulante Psychotherapie können auch andere für diese Behandlung zugelassene und staatlich anerkannte Therapeuten durchführen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein. Dies können z.B. ein Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein.“*

Die Änderungen betreffen Unisextarife **BK / BKA / BKE / BKEA / BME / BMG / BMK / BMUNI / KAMP** sowie Tarife: **A der B-Tarife / AB / AB% / ABA% / AC / AD1 der T80-Tarife / AH0, AH2-04 der H-Tarife / Aktiv / AM0-AM4 der M-Tarife / AM9 / AN / AN% / AP1 / AV / BM2-5 / BS1 / BS5 / BS9, BSO (Hinweis: BSO heißt seit 2014 ebenfalls BS9) / BSB / BSK / BSS / BSS1 / BTB / ET / F der BA-Tarife / GST / H der BAN-Tarife / K2B / K95 / KFB / KL / M1-5 / MC / Q / SMB / TS2 / UNI / VH / VS1 / XL / ZV**.

IV. Anpassungen an das Krankenhausstrukturgesetz, das Hospiz- und Palliativgesetz sowie das Dritte Pflegestärkungsgesetz

Die Leistungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege hatten wir bisher nur punktuell in den Versicherungsbedingungen beschrieben. Dies vor allem unter den Überschriften „(Häusliche) Behandlungspflege“ bzw. „(vorübergehende) häusliche Krankenpflege“ bzw. „(vorübergehende) Häusliche Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung“. Die Bedeutung dieser Leistungen hat aber z.B. durch die Einführung der sogenannten DRGs mit kürzeren Krankenhausliegezeiten sowie weiteren Entwicklungen, stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden - wie es auch die oben genannten Gesetze flankiert haben - stark zugenommen. Dem wurde die bisherige Abbildung in unseren AVB nicht mehr gerecht.

Deswegen haben wir die bisherigen Begriffe vereinheitlicht, klarer strukturiert und die Leistungen umfassender beschrieben. Und wir haben die Möglichkeit ergänzt, in speziellen Fällen auch nur Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen. Durch die neue Strukturierung gibt es jetzt insgesamt vier Überschriften für diese Leistungen: „Häusliche Krankenpflege“, „Haushaltshilfe“, „Kurzzeitpflege“ und „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.

Die Häusliche Krankenpflege umfasst verschiedene Maßnahmen, die der Arzt in dem jeweils erforderlichen Umfang verordnen kann:

- Wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden bzw. verkürzt werden soll (**Krankenhausvermeidungspflege**) oder eine ambulante **Palliativversorgung** erforderlich ist, können folgende Maßnahmen verordnet werden: Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel), Grundpflege (z.B. Waschen) sowie Hauswirtschaftliche Versorgung (d.h. Haushaltshilfe).

- Soll die Häusliche Krankenpflege dagegen nur eine ärztliche Behandlungsmaßnahme wie Verband- oder Katheterwechsel sicherstellen (Sicherungspflege), hat der Arzt die Möglichkeit, nur sie zu verordnen.
- Wird nur Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung benötigt, wird die „Unterstützungspflege“ verordnet. Auch sie ist nun in den AVB beschrieben: Für sie leisten wir, wenn sie wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit bzw. nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bzw. nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Nur bei Tarif KL fehlt eine solche Beschreibung und es gilt wie bisher die Begrenzung auf 4 Wochen (bei Palliativmedizin gelten die 4 Wochen nicht).

Für die Leistungen Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung war bisher in fast allen Tarifen auf die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbarten Beträge abgestellt. Heute ist das Verfahren anders, so dass dort entsprechend auf die Beträge zu aktualisieren war, wie sie die gesetzlichen Kassen aushandeln. Soweit Tarife schon bisher auch für Behandlungspflege Vergütungsbestimmungen hatten, wurden diese wirkungsgleich übertragen.

Die Haushaltshilfe flankiert die Häusliche Krankenpflege für Fälle, in denen sich der Hilfebedarf im Falle einer Unterstützungspflege auf hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt. Sie wurde neu ergänzt und kann ab 1.10.2021 beansprucht werden. Sie gilt für max. 4 Wochen in den gleichen Situationen wie jene (s.o.). Außerdem darf keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen können. Eine Ausnahme gilt, wenn ein Kind unter 12 oder mit einer - Hilfebedarf begründenden - Behinderung im Haushalt lebt: Dann leisten wir auch bis zu 26 Wochen.

Die Kurzzeitpflege flankiert die Häusliche Krankenpflege für Fälle, in denen der Hilfebedarf zu hoch ist, um nur mit Unterstützungspflege schon abgedeckt werden zu können. Demgemäß kann diese nun in die AVB-Texte aufgenommene Leistung in den gleichen Situationen wie diese für max. 8 Wochen in entsprechend zugelassenen Einrichtungen verordnet werden. So v.a. für Einrichtungen, die auch für die Pflegeversicherung zugelassen sind. Generell gilt auch der gleiche Höchstbetrag wie in der Pflegeversicherung (aktuell: 1.612 €, bei Beihilfetarifen gilt er in Höhe des Prozentsatzes der Tarifstufe).

Die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist eine besondere Form der Palliativversorgung. Sie setzt eine unheilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung voraus. Und obwohl eine besonders aufwändige Versorgung erforderlich ist, soll mit ihr die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglicht werden. Sie wurde nun in dieser Besonderheit neu als eigener Punkt unseres Leistungskatalogs herausgestellt. Dies auch dort, wo sie bisher schon zusammen mit der sonstigen Palliativversorgung beschrieben war, die Teil der Häuslichen Krankenpflege ist (Tarife **BKE, BKEA**). Es wird bis zu den Beträgen geleistet, die auch für die GKV gelten.

Ansonsten: Bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich die Pflegeversicherung zuständig, wozu bei den obigen Leistungen zumeist noch ein entsprechender Hinweis aufgenommen ist.

Die Änderungen unter Ziff. IV. betreffen Unisextarife **BK / BKA / BKE / BKEA / BME / BMK / BMUNI** sowie Tarife: **A der B-Tarife / AD1 der T80-Tarife / AH0, AH2-04 der H-Tarife / AM0-AM4 der M-Tarife / AP1 / BM1-5 / BS5 / BS9, BSO (Hinweis: BSO heißt seit 2014 ebenfalls BS9) / BSK / BTB / F der BA-Tarife / GST / H der BAN-Tarife / K2B / K95 / KFB / KL / M1-5 / Q / UNI / VH.**

V. Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung, MB/PPV, an das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) wurde zu Jahresbeginn modernisiert - mit einem Schwerpunkt bei Dusch- und Toilettensitzen/-rollstühlen sowie Liegehilfen -.

Im Anschluss erfolgten weitere Änderungen. Neben zahlreichen redaktionellen Änderungen, waren dabei erneut inhaltliche umfasst. So wurde eine Genehmigungsfiktion für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eingeführt. Diese gilt, wenn über den Antrag nicht innerhalb von 3 Wochen, bei Beteiligung des medizinischen Dienstes von 5 Wochen, entschieden wurde. Voraussetzung ist auch, dass die Verzögerung nicht rechtzeitig, mit hinreichenden Gründen entschuldigt wurde (§ 4 Abs. 7 MB/PPV). Neu aufgenommen wurde das Angebot einer digitalen Pflegeberatung (§ 4 Abs. 18 MB/PPV) sowie Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen (§ 4 Abs. 20-22 MB/PPV sowie Nr. 15 Tarif PV). Weitere Änderungen betreffen die Abgrenzung von Leistungen zwischen häuslicher und stationärer Pflege (§ 4 Abs. 1 MB/PPV). Oder die Leistungen in Einrichtungen, in denen Maßnahmen wie solche zur Teilhabe am Arbeitsleben, Bildung oder Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen: Diese erhöhen sich, wobei sich der Höchstbetrag aber nicht ändert (Nr. 7.2 Tarif PV). In vollstationären Pflegeeinrichtungen können nun Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegehilfskräfte beansprucht werden (§ 4 Abs. 12 MB/PPV). Weitere Neuerungen sind Bewertungsregeln für die durch die Ehegatten-/Lebenspartnerkappung begünstigten Beiträge in Bezug auf Entschädigungen bei Arbeitsplatzverlust (Zusatzvereinbarungen, gemäß Ziff. II.3a) sowie Beitragsfreiheit bei Hochschulausbildung bis zum Semesterende, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (§ 8 Abs. 3c MB/PPV).

VI. Anpassung des Standardtarifs an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und die Achte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) bzgl. des Heilmittelverzeichnisses (Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 BBhV)

Mit dem DVG wurden für den Bereich der gesetzlichen Kassen digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) eingeführt. Diese auch als „App auf Rezept“ bekannte Leistung wurde für den Standardtarif übernommen (§ 4 Ziff. 3a und Tarifbedingung Nr. 3d in § 4 sowie in Tarif ST Abschnitt E). DiGAs können vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten verordnet werden. Erstattungsfähig sind die, die von dem hier zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) anerkannt sind. Dabei gilt die gleiche Höhe wie bei der GKV.

Außerdem wurde v.a. noch das Heilmittelverzeichnis sowohl bzgl. Leistungen als auch Preise aktualisiert. Wie bisher war das Heilmittelverzeichnis der BBhV der Maßstab. Dabei entsprechen die dortigen Leistungen denen, die auch für die gesetzlichen Kassen gelten, die Preise können etwas höher sein. In Tarif ST wurde insoweit unter „Heilmittel“ in Nr. 6 ergänzt, dass weitere Leistungen vom Versicherungsschutz umfasst sind. Dies können jetzt auch solche des Ergotherapeuten und des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sein, soweit sie nun im Heilmittelverzeichnis stehen. Ebenso

Leistungen des Podologen und des medizinischen Fußpflegers. Und ebenfalls solche des Diätassistenten, des Oecotrophologen und des Ernährungswissenschaftlers. Auch die Tarifbedingung Nr. 3c (Definitionen) in § 4 wurde hierzu angepasst (Abs. 4). Die Überarbeitung ist umfangreich, da auch viele sonstigen Begriffe und Beschreibungen modifiziert sind.

VII. Anpassung des Basistarifs an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Auch im Basistarif wurden DiGAs eingeführt (§ 4 Abs. 3a und Abschnitt I im Tarif BT). Insoweit kann zu diesen Leistungen auf die obigen Ausführungen beim Standardtarif verwiesen werden kann. Weiterhin wurden v.a. noch die Erstattungssätze für Zahnersatz an die neue Höhe der Zuschüsse im insoweit geänderten § 55 SGB V angepasst. Ersetzt werden nun 60% der erstattungsfähigen Aufwendungen statt bisher nur 50%. Und bei erkennbar regelmäßiger Zahnpflege nebst erforderlichem Behandlungsnachweis für die letzten fünf Jahre, kann er sich nun auf 70% statt bisher 60% erhöhen (Abschnitt C Ziff. 2 Abs. 4 im Tarif BT).