

Bitte nehmen Sie dies zu Ihren Versicherungsunterlagen

## Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Nicht alle Änderungen betreffen Ihren persönlichen Versicherungsschutz. Für Sie sind nur Änderungen in den Tarifen relevant, in denen Sie versichert sind. Soweit weitere Personen in Ihrem Vertrag mitversichert sind, gilt dies gleichermaßen.

Zum 1. Januar 2022 werden wir Änderungen bezüglich Digitalen Gesundheitsanwendungen, Kryokonservierung (siehe 1.) sowie in der Pflege-Pflichtversicherung (siehe 2.) vornehmen. Die Änderungen erfolgen auf Grundlage des § 203 Abs. 3 VVG. Der unabhängige Treuhänder hat ihnen zugestimmt. Bitte beachten Sie, dass diese Regelungen somit laut Gesetz Vertragsbestandteil werden und bindend sind.

Darüber hinaus sind wir nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs verpflichtet, in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen über die Möglichkeit der außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle zu informieren (siehe 3.). Diese Änderung ist redaktioneller Art. Eine Zustimmung des juristischen Treuhänders ist demnach nicht erforderlich.

### 1. Änderungen in der Vollversicherung

#### Digitale Gesundheitsanwendungen

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) im neuen § 33a SGB V ein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) eingeführt. DiGa bieten bei bestimmten Erkrankungen neue Möglichkeiten, mit denen Sie Ihre Genesung unterstützen können. Das sind zum Beispiel Apps zum achtsamen Umgang mit Stress oder mit individuell zugeschnittenen Anleitungen zu Rückengymnastik.

#### Kryokonservierung

Auch für Kryokonservierung wurde in der GKV ein Anspruch geschaffen (in § 27a Abs. 4 SGB V durch das Termiservice- und Versorgungsgesetz TSVG). Bei Krebserkrankungen können die Therapien die Fertilität der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen oder zu deren Verlust führen. Über die Kryokonservierung können sie einen späteren Kinderwunsch realisieren.

### 2. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Das Gesetz zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen (GVWG) hat auch Auswirkungen auf die branchenweit einheitlichen Muster- und Tarifbedingungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung (MB/PPV). Neu ist ein Zuschlag zu Zuzahlungen im Pflegeheim für Pflegebedürftige und höhere Leistungen bei ambulanter und bei Kurzzeit-Pflege. Auch können künftig Pflegekräfte im Rahmen einer Beratung Pflege-Hilfsmittel empfehlen. Darüber hinaus werden weitere redaktionelle Änderungen umgesetzt.

Ebenso wird durch das GVWG ein zeitlich befristeter Beitragszuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben eingeführt.

Die Änderung des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses der privaten Pflege-Pflichtversicherung erfolgt ebenso branchenweit einheitlich aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sowie Änderungen in der GKV.

### Nachtrag zum Versicherungsvertrag

(Änderungen sind grau hinterlegt hervorgehoben.)

#### 1. Änderungen in der Vollversicherung

##### 1.1 MB/KK

In § 4, Teil II wird zum Thema „Digitale Gesundheitsanwendungen“ eine neue Nummer eingefügt:

(3a) Sofern ein Tarif Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen vorsieht, muss eine solche Anwendung ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in § 4 (3) der Tarifbedingungen genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

1.2 Die Leistung für „Digitale Gesundheitsanwendungen“ wird als neue Nummer vor den Abschnitten zum Thema „Selbstbehalt/Bonus“ eingefügt. In Klammer steht die jeweilige Nummer des Tarifs.

Tarife AV (6), BT (4), CA (15), CAN (3), CAZ (3), KS (6), MA (5), MAN (6), MAS (6), NK (10), PRIMO (4), PRIMO B (4), PRIMO M (5), SV (8), ZV (4)

#### x. Digitale Gesundheitsanwendungen

x.1 Zu 100% erstattungsfähig sind im Versicherungsfall Aufwendungen für im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthaltene digitale Gesundheitsanwendungen bis zu den dort genannten Preisen, falls diese Anwendungen

- a) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten, oder
- b) nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers in Anspruch genommen werden.

x.2 Zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich erstattungsfähig sind im Versicherungsfall auch andere digitale Gesundheitsanwendungen, soweit der Versicherer deren Erstattung vor ihrer Anwendung schriftlich zugesagt hat.

x.3 Die Leistungen werden zunächst für höchstens 12 Monate erbracht. Danach ist jeweils eine erneute Verordnung bzw. vorherige schriftliche Zusage erforderlich.

x.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendungsersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.x.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

x.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

**Diese Leistung fällt unter einen eventuell vereinbarten Selbstbehalt.**

#### 1.3 unisex-Tarife KS, NK, MAS, CAZ

Die Leistung für „Kryokonservierung“ wird als neue Nummer 1.13 (CAZ 1.14) nach dem Abschnitt zum Thema „Künstliche Befruchtung“ eingefügt; die nachfolgenden Nummern werden entsprechend geändert.

#### 1.13 Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe. Dabei werden die Kosten für

- die Vorbereitung und die Entnahme,
- die Aufbereitung,
- den Transport,
- das Einfrieren,
- die Lagerung und
- das spätere Auftauen

von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe erstattet.

Die Zusage wird erteilt, wenn die versicherte Person

- eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und
- Leistungen für künstliche Befruchtung nach II.1.12 beanspruchen könnte.

Die Kosten für die Lagerung werden nur erstattet, solange die versicherte Person Leistungen für künstliche Befruchtung nach II.1.12 beanspruchen könnte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

## 2. Änderungen in der Pflegepflichtversicherung

### 2.1 Umbenennung von MB/PPV 2021 in MB/PPV 2022

Die Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird auf „MB/PPV 2022“ geändert, weshalb auch die

- Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten
- Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung (KANW-PPV)
- Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (GANW-PPV)

an den neuen Stand angepasst werden.

### 2.2 MB/PPV

#### § 4 Umfang der Leistungspflicht

##### A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(7) [...] Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Abs. 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Abs. 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als 2 Wochen sein.

Für Maßnahmen zur Verbesserung [...]

#### **D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen**

(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs PV.

#### **I. Pflegeberatung**

(18) [...] Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder [...]

b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeit eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch [...]

#### **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung**

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

#### **§ 8 Beitragszahlung**

(2) Kinder einer in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie [...]

e) [...] das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 €

#### **§ 8a Beitragsberechnung**

(5) Der Versicherer kann für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 für bestehende Vertragsverhältnisse über den Beitrag hinaus einen monatlichen Zuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben nach Maßgabe des § 110a SGB XI erheben.

#### **2.3 Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI**

In Abweichung von [...]

3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022

a) [...] bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 € [...]

#### **2.4 Tarif PV**

##### **Leistungen des Versicherers**

##### **Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe**

Die Tarifleistungen betragen 100% der nach den Nrn. 1 bis 14 15 vorgesehenen Beträge.

[...]

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 BBhV für [...] der in Tarifstufe PVN nach den Nrn. 1 bis 14 15 vorgesehenen Beträge.

##### **1. Häusliche Pflege**

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689 724 €
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 1.363 €
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 1.693 €
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 2.095 €

erstattet.

##### **6. Kurzzeitpflege**

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 1.774 € pro Kalenderjahr ersetzt. [...] Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 € auf insgesamt bis zu 3.224 3.386 € im Kalenderjahr erhöhen, [...]

## 7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5%,
- b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25%,
- c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45%,
- d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70%,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

### 2.5 Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

§ 3 Abs. 1 bis 4 sind gegenstandslos geworden.

### 2.6 Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

#### 1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

##### 1.1 Pflegebetten

- Pflegebetten, manuell verstellbar
- Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar
- Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten
- Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit
- Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion
- Niedrigpflegebetten

### 2.7 Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis ~~14~~ 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2022 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

## 3. betrifft alle Verträge

Sofern in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bereits auf den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung hingewiesen wurde, entfällt der bisherige Passus und wird durch folgende Regelung im Anschluss an die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ersetzt:

**Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung**  
Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

### Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Sektor Versicherungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

### Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.