

## Kundeninformation

## Wichtige Unterlagen zu Ihrer Gothaer Krankenversicherung

## Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Nachfolgend informieren wir Sie über die **Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif zum 1. Juli 2023**.

Grundlagen für die Änderungen sind das

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG);
- Gesetz zur Gewährleistung eines ausreichenden Abstandes der Alimentation zur sozialen Grundsicherung und zur amtsangemessenen Alimentation von Beamtinnen und Beamten mit mehr als zwei Kindern (Schleswig-Holstein).

Unter anderem werden die beiden Tabellen aus den Versicherungsbedingungen gestrichen und durch eine "dynamische" Regelung ersetzt.

**Bitte beachten Sie**, dass nur die Textabschnitte aufgeführt sind, bei denen sich Änderungen ergeben. Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. Neue Texte sind unterstrichen.

## Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif

Gilt für Tarif **STN, STB**.

### Teil I Musterbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009)

### Teil II Tarifbedingungen für den Standardtarif (TB/ST)

## Sonstige Bestimmungen

### § 18

#### Änderungen des Standardtarifs

1. Die Muster- und Tarifbedingungen des Standardtarifs können gemäß ~~§ 314 Abs. 2 Satz 1 SGB V~~ § 403 Abs. 2 Satz 1 SGB V aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen. (...)

### Teil III - Tarif ST

#### Tarifstufe STB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Standardtarifs in Tarifstufe STB ergeben zusammen jeweils 100 % (Beispiel: Beihilfebemessungssatz 80 % -> Erstattungssatz 20 % = Leistungsstufe 20). ~~Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Leistungsstufen und Erstattungssätze.~~ Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

*Anmerkung: Die Tabelle an dieser Stelle entfällt vollständig.*

#### Beispiel:

(...)

*\*Eine Abbildung der Erstattungssätze für Abschnitt E (digitale Gesundheitsanwendungen) in der Tabelle erfolgt im Nachgang zu den hierfür erforderlichen Festlegungen in den jeweiligen Beihilfeverordnungen. Ungeachtet dessen gelten die vorstehenden Grundsätze unter "Tarifstufe STB" zur Höhe der Versicherungsleistungen entsprechend. Als Erstattungssatz gilt die Differenz zwischen Beihilfebemessungssatz und 100 %.*

### Leistungen des Versicherers

#### A. Ambulante Behandlung

##### 9. Selbstbehalt für die Abschnitte A.5 bis A.7

*Anmerkung: Die Tabelle an dieser Stelle entfällt vollständig.*

Erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A.5 bis A.7 werden zu 80 % der Erstattung zugrunde gelegt. Der hierdurch entstehende Selbstbehalt von 20 % der erstattungsfähigen Aufwendungen wirkt sich bei der Erstattung je nach vereinbarter Tarifstufe aus. ~~Der letztendlich beim Versicherten verbleibende Selbstbehalt ist auf den in der vorstehenden Tabelle genannten Betrag beschränkt. Der Selbstbehalt ist auf 306 Euro je Kalenderjahr in den Tarifstufen STN und STB 100 begrenzt; in den übrigen STB-Stufen wird der Selbstbehalt anteilig von den jeweiligen Erstattungssätzen abgeleitet (z. B. STB 30:  $306 \text{ Euro} \cdot 0,3 = 91,80 \text{ Euro}$ ).~~ Darüber hinausgehende erstattungsfähige Aufwendungen werden zu 100 % der Erstattung zugrunde gelegt. Der Selbstbehalt und die Erhöhung auf 100 % gelten je versicherte Person und Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.