

Mein Verein mit dem  
besonderen Service



FAMK · Postfach 11 07 52 · 60042 Frankfurt am Main

## Anschreiben zur Card für Privatversicherte

**Freie Arzt- und Medizinkasse**  
der Angehörigen der Berufs-  
feuerwehr und der Polizei VVaG

Hansaallee 154  
60320 Frankfurt am Main  
Telefon 069 97466-0  
Telefax 069 97466-130

[www.famk.de](http://www.famk.de)  
[info@famk.de](mailto:info@famk.de)

Frankfurter Sparkasse  
IBAN: DE88 5005 0201 0000 0213 52  
BIC: HELADEF1822

27. Juli 2023

### Wichtige Änderung bei der Abrechnung ambulanter Behandlungen Ihre neue FAMK-Card für Privatversicherte

Sehr geehrte,

ab dem 4. Quartal 2023 ändert sich die Abrechnung **ambulanter** ärztlicher und zahnärztlicher Behandlungen (bei **stationären** Behandlungen bleibt alles wie gehabt). Aus der bisherigen FAMK-KV-Karte wird die neue FAMK-Card für Privatversicherte, die Sie anbei finden. Damit sind Sie Privatpatient in der (Zahn-)Arztpraxis.

Ihre neue Karte ist ab sofort gültig. Ihre bisherige Krankenversicherungskarte ist ab Oktober 2023 ungültig, sofern nicht ein früheres Ablaufdatum auf der Karte angegeben ist.

Üblicherweise erhalten Privatversicherte die Rechnung vom Arzt oder Zahnarzt, strecken die Kosten vor und reichen die Rechnung dann bei ihrer Privaten Krankenversicherung ein. Dieses Vorgehen wollen wir Ihnen erleichtern: Gerne kann Ihr Arzt die Rechnung an uns adressieren. Sofern keine Rücksprache nötig ist, überweisen wir den Betrag direkt an den Arzt.

Zudem können Sie Rechnungen ganz einfach über die FAMK-App einreichen. Informationen hierzu finden Sie unter [www.famk.de/meine-famk](http://www.famk.de/meine-famk).

Weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite und auf dem Infoblatt anbei. Zudem informieren wir Sie in der Anlage über Veränderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Bei Fragen zu Ihrem privaten Krankenversicherungsschutz sind wir gerne für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE

Vorstand:  
Roberto Svenda (Sprecher)  
Dr. Sven Koryciorz  
Michael Schillinger  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Peter Thomas  
Sitz: Frankfurt am Main  
Handelsregister-Nr. HRB 32376  
Amtsgericht Frankfurt am Main

## Vorteile der FAMK-Card für Privatversicherte

Die FAMK-Card für Privatversicherte (nachfolgend „FAMK-Card“) weist Sie bei medizinischen Behandlungen als Privatversicherten aus. Auf dem Chip sind folgende Daten gespeichert:

- Identifikationsnummer der FAMK
- Name und Anschrift des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Versicherungsnummer
- Kartengültigkeit

Als Mitglied der FAMK genießen Sie folgende Vorteile:

- Grundsätzlich erstatten wir nach den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ; bei schriftlicher medizinischer Begründung bis zu den Höchst-sätzen.
- Wir finanzieren Ihre Beihilfe vor und wickeln sie für Sie ab (nur in den Tarifen VT/VTN und BS sowie für die Empfänger der Heilfürsorge).
- Ihr Arzt kann Ihre Rechnung direkt an uns richten. Sofern keine Rücksprache nötig ist, überweisen wir den Betrag direkt (nur in den Tarifen VT/VTN und BS sowie für die Empfänger der Heilfürsorge).

Mit der FAMK-Card können Praxen und Krankenhäuser Ihre Daten digital einlesen und zur Erstellung von Rezepten oder Rechnungen verwenden. Auf diesen Dokumenten erscheint automatisch Ihre Versicherungsnummer, was die Erstattung erleichtert.

## Ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Sofern Versicherungsschutz für ambulante ärztliche und/oder zahnärztliche Behandlung besteht, zeigt die FAMK-Card dem Arzt die Zugehörigkeit zur privaten Krankenversicherung an. Der Erstattungsumfang für die Kosten der Behandlung richtet sich nach dem tariflichen Leistungsversprechen.

## Stationäre Behandlung im Krankenhaus

Ist ein Krankenhaus ans Chipkarten-Verfahren angeschlossen, können Sie bei der Aufnahme Ihre FAMK-Card vorlegen. Dem Chipkarten-Verfahren liegt ein Vertrag zwischen den angeschlossenen Krankenhäusern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde, der die Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und der FAMK regelt.

Durch Vorlage Ihrer FAMK-Card entfallen für Sie die üblicherweise für einen Krankenhausaufenthalt zu leistenden Vorauszahlungen. Sie müssen uns auch nicht über Ihren Krankenhausaufenthalt informieren.

Die FAMK gibt dem Krankenhaus bei Vorlage der FAMK-Card im Rahmen des vertraglich vereinbarten Versicherungsschutzes eine Kostenübernahmegarantie für:

- die Kosten allgemeiner Krankenhausleistungen sowie
- die Kosten für Wahlleistungen, zum Beispiel für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer im Rahmen des vertraglich vereinbarten Versicherungsschutzes

Die Kostenübernahmegarantie umfasst keine privatärztlichen Behandlungskosten.

Für privatärztliche Behandlungen im Krankenhaus erhalten Sie vom Arzt eine Rechnung. Sieht Ihr Versicherungsschutz Leistungen für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus vor, reichen Sie uns die Rechnung bitte ein.

## Hinweise zu Änderungen

Bitte teilen Sie uns Namens- oder Adressänderungen unverzüglich mit. Wir erstellen dann eine neue FAMK-Card mit aktualisierten Daten. Sollte sich bei einer Vertragsumstellung der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes für stationäre Behandlungen ändern, erhalten Sie ebenfalls eine neue Karte.

Die FAMK-Card verliert ihre Gültigkeit, wenn der vertragliche Versicherungsschutz erlischt oder ruht. Ist Ihre FAMK-Card ungültig, senden Sie diese bitte an uns zurück. Wir werden sie umweltgerecht recyceln.

## Unterschrift auf der FAMK-Card für Privatversicherte

Die FAMK-Card ist erst gültig, wenn die versicherte Person bzw. ihr gesetzlicher Vertreter die Karte auf der Rückseite unterschrieben hat.

## Hintergründe zur Änderung des Abrechnungsmodus

Die FAMK und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sowie die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen stellen seit Jahrzehnten gemeinsam die Versorgung der Versicherten der FAMK mit ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen sicher. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hatte dieser Kooperation zugestimmt. Vor einigen Jahren hatte sich auch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz angeschlossen.

Der Vorteil für FAMK-Versicherte und die Vertragsärzte der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ist die vereinfachte Abrechnung über das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – und zwar zu einem Vergütungsniveau für Privatversicherte, aber ohne Einschränkungen der GKV, wie z.B. Budgetierungen.

Die Abrechnung von Versicherungsleistungen und auch der von der FAMK vorfinanzierten Beihilfe mit der Beihilfestelle des Landes Hessen und kommunaler Beihilfeträger lief reibungslos und ersparte allen Beteiligten erheblichen Aufwand.

Nach einer geänderten Rechtsauffassung des Regierungspräsidiums Kassel sollen Abrechnungen, die die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf der Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabs der GKV in Verbindung mit dem Versorgungsvertrag mit der FAMK erstellen, nicht mehr in vollem Umfang beihilfefähig sein.

Die FAMK sieht darin eine Ungleichbehandlung von beihilfeberechtigten Bediensteten des Landes Hessen, die die Versorgungskooperationen zwischen der FAMK und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen in Anspruch nehmen, und beihilfeberechtigten Bediensteten des Landes Hessen, die privatärztliche Liquidationen einreichen.

Dagegen hat die FAMK alle erforderlichen rechtlichen Schritte unternommen.

Im März 2023 lehnte der Hessische Verwaltungsgerichtshof eine gerichtliche Klärung ab, da er die FAMK nicht als klagebefugt ansieht.

Infolgedessen können wir das bewährte Modell unter den geänderten Voraussetzungen der reduzierten Beihilfegewährung nicht weiterführen. Es würde letztlich bedeuten, dass die Versicherten den auf die Beihilfe entfallenden Anteil der Behandlungskosten zum Teil selbst durch Versicherungsbeiträge decken müssten.

Daher sind die FAMK und die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen gezwungen, die bewährte Zusammenarbeit zum Ablauf des 30.09.2023 zu beenden.

Dies betrifft auch die Anspruchsberechtigten auf Heilfürsorge sowie Vertragsärzte in anderen Bundesländern, die bisher über ihre jeweiligen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen mit der FAMK abgerechnet haben.

Spätestens ab dem 01.10.2023 verliert die FAMK-Krankenversichertenkarte darum ihre Gültigkeit. An ihre Stelle tritt die FAMK-Card für Privatversicherte.

**Da die erläuterte Änderung der Beihilfegewährung privatärztliche Abrechnungen nicht betrifft, werden wir auch künftig – wie gewohnt – die Beihilfe vorfinanzieren und für Sie den Beihilfeantrag erstellen.**

Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen während unserer üblichen Geschäftszeiten gerne unter der Telefonnummer +49 69 97466-0 zur Verfügung.



## Mitteilung über die Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Tarife VT, VTL, VTN, VTNL, VTN U, VTNB-A U, WT, WTL und WT U zum 01.10.2023

Aufgrund eingetretener rechtlicher und tatsächlicher Veränderungen, die Einfluss auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in der Krankheitskostenversicherung haben, werden die AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarifen des VT (alle Tarifstufen) und des Zusatztarifs WT (alle Tarifstufen) mit Wirkung zum 01.10.2023 entsprechend angepasst. Die maßgeblichen Gründe für eine Änderung haben wir den einzelnen Änderungen vorangestellt. Ein unabhängiger Treuhänder hat die Änderungen geprüft und ihnen zugestimmt.

**Sie erhalten nachfolgend eine detaillierte Darstellung dieser Änderungen. Bitte nehmen Sie diese zu Ihren Vertragsunterlagen.**

### 1. Versicherungssteuer

#### Maßgebliche Gründe:

Am 10.12.2020 ist das Gesetz zur Modernisierung des Versicherungssteuerrechts in Kraft getreten. Dies bedeutet u.a., dass ab dem 01.01.2022 abgeschlossene Kranken- und Pflegeversicherungen (sowie Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsversicherungen) nur noch dann von der Versicherungssteuer befreit sind, wenn die Versicherungsleistung an die natürliche versicherte Person selbst oder an einen nahen Angehörigen zu erbringen ist.

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VT, VTL, VTN, VTNL, VTN U, VTNB-A U, WT, WTL und WT U**.

#### Änderung

In § 8 wird nach Abs. 7 der neue Abs. 8 wie folgt eingefügt:  
„(8) Ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen vom Versicherer eine Versicherungssteuer oder eine sonstige öffentliche Abgabe aufgrund des Versicherungsvertrages abzuführen, die dem Versicherungsnehmer berechnet werden darf, erhöht sich der Versicherungsbeitrag um den Betrag, der zur Erfüllung einer solchen Verpflichtung erforderlich ist.“

### 2. Hinweis zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

#### Maßgebliche Gründe:

Gemäß § 36 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer über die Möglichkeiten zur Streitschlichtung zu informieren. Gemäß des Urteils des Bundesgerichtshofs vom 22.09.2022, Az. XI ZR 162/19, ist die Information in die AVB aufzunehmen.

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VT, VTL, VTN, VTNL, VTN U, VTNB-A U, WT, WTL und WT U**.

#### Änderung

Nach § 19 wird der neue Paragraph 20 wie folgt eingefügt:  
„§ 20 Hinweis zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

#### **Teil I**

- (1) 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.

#### (2) 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.

#### (3) Hinweis auf den Rechtsweg

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

### 3. Versicherungs- bzw. Aufnahmefähigkeit

#### Maßgebliche Gründe:

Die Satzung der FAMK wurde dahingehend geändert, dass neben Beamten der Polizei und Feuerwehr auch weitere hessische Landesbeamte Mitglieder des Vereins werden können. In diesem Zuge wurde die Versicherungsfähigkeit erweitert. Darüber hinaus wird auch die Versicherungsfähigkeit für den Anwärtertarif dahingehend erweitert, dass Personen in Ausbildung zu einem Beamtenberuf versicherungsfähig sind, unabhängig davon, ob sie Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen oder Vergütungen nach einem Tarifvertrag erhalten.

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VTN und VTNL**.

#### Änderung

In Teil III wird der Abschnitt A wie folgt neu gefasst:

#### „A. Versicherungsfähigkeit / Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegende Personen, die

- Anspruch auf Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung haben oder
- nach der Hessischen Beihilfenverordnung beihilfeberücksichtigungsfähige Ehegatten oder Kinder einer beim Versicherer versicherten Person sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung haben oder
- Anspruch auf freie Heilfürsorge als Beamte des Landes Hessen haben.

Aufnahmefähig sind nur versicherungsfähige Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (siehe hierzu auch § 15 Teil I Abs. 3 AVB).“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VTN und VTNL**.

#### Änderung

§ 1 Teil II Nr. 1 bis 3 werden wie folgt neu gefasst:

#### **„§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

1. Versicherungsfähig sind nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegende Personen, die
  - Anspruch auf Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung haben oder
  - nach der Hessischen Beihilfenverordnung beihilfeberechtigende Ehegatten oder Kinder einer beim Versicherer versicherten Person sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung haben oder
  - Anspruch auf freie Heilfürsorge als Beamte des Landes Hessen haben.

Aufnahmefähig sind nur versicherungsfähige Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (siehe hierzu auch § 15 Teil I Abs. 3 AVB).

2. entfällt
3. entfällt“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft den **Tarif VT A**.

#### Änderung

Im ersten Absatz der Besondere Bedingungen für Beamte in der Ausbildung und Studenten mit Beihilfeanspruch werden die folgenden Wörter gestrichen:

„und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach einem Tarifvertrag erhalten.“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VTL A, VTN A und VTNL A**.

#### Änderung

1. In Buchstabe a) des ersten Absatzes der Besondere Bedingungen für Beamte in der Ausbildung und Studenten mit Beihilfeanspruch werden die folgenden Wörter gestrichen:  
„und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach einem Tarifvertrag erhalten“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife WT, WTL und WT U**.

#### Änderung

1. In Teil III Abschnitt A., erster Absatz werden folgende Wörter gestrichen:  
„als Bedienstete der Berufsfeuerwehr, der Polizei, der Justiz oder des Strafvollzugs einschließlich deren Verwaltungen“

#### **4. Wegfall des Preis-Leistungs-Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Zahnersatz)**

#### Maßgebliche Gründe:

Infolge der Beendigung des Kooperationsvertrages der FAMK mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen wurde die Erstattung von Zahnersatz angepasst.

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VT und VTL**.

#### Änderung

§ 4 Teil II Nr. 5 wird wie folgt neu gefasst.

#### **„5. Zahnärztliche Behandlung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Zahnbehandlung (inkl. Zahnprophylaxe) und Kieferorthopädie in voller Höhe (unter Berücksichtigung von Nr. 8).
- b) Zahnersatz zu 90 %.

Als Zahnersatz gelten zahnärztliches Honorar, Material- und

Laborkosten für Kronen, Brücken und Prothetik. Dabei sind erstattungsfähig:

- Zahnärztliches Honorar, soweit es nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig ist und den 2,0-fachen Satz GOZ nicht übersteigt.
- Material- und Laborkosten.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Goldhämmer- und Einlagefüllungen, Adhäsivbrücken, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, Implantate, Verblendungen im Seitenzahnbereich, Veneers, Empress-Keramikkronen, Laserbehandlungen.

Für jede versicherte Person werden innerhalb der ersten 12 Monate (1. Leistungsjahr) seit Beginn ihrer Versicherung die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz auf 520 EUR begrenzt.“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die Tarife **VTN, VTNL und VTN U**.

#### Änderung

Teil III Abschnitt C Nr. 1.4 wird wie folgt neu gefasst.

#### **„1.4 Zahnärztliche Behandlung**

- a) Zahnbehandlung (einschließlich Zahnprophylaxe).
- b) Kieferorthopädie.
- c) Zahnersatz.

Zu den erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz gehören zahnärztliches Honorar und Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und Provisorien.

Zahnärztliche Leistungen einschließlich Zahnersatz sind im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, soweit sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer zahnärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu dem Höchstsatz (3,5-fach GOZ).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Goldhämmer- und Einlagefüllungen, Adhäsivbrücken, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen, Verblendungen im Seitenzahnbereich, Veneers, Empress-Keramikkronen, Laserbehandlungen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person innerhalb der ersten 12 Monate ihrer Versicherung auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 520 EUR begrenzt. Diese Begrenzung der Rechnungsbeträge gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft den Tarif **VTNB-A U**.

#### Änderung

Teil III Abschnitt C Nr. 1.4 wird wie folgt neu gefasst.

#### **„1.4 Zahnärztliche Behandlung**

- a) Zahnbehandlung (einschließlich Zahnprophylaxe).
- b) Zahnersatz nach einem Unfall.

Zu den erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz gehören ausschließlich zahnärztliches Honorar und Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und Provisorien, soweit diese Leistungen aufgrund eines Unfalls notwendig geworden sind.

Zahnärztliche Leistungen einschließlich Zahnersatz sind im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, soweit sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Darüber hinausgehende

de Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer zahnärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu dem Höchstsatz (3,5-fach GOZ).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Goldhämmer- und Einlagefüllungen, Adhäsivbrücken, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen, Verblendungen im Seitenzahnbereich, Veneers, Empress-Keramikkronen, Laserbehandlungen.“

## 5. Digitale Gesundheitsanwendungen und Telemedizin

### Maßgebliche Gründe:

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können seit dem 01.10.2020 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter bestimmten Voraussetzungen vom Arzt verschrieben werden, so dass die Kosten für die App dann vom Leistungsträger übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die DiGA vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als solche zugelassen ist. Um diese auch in unseren Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung erstatten zu können, bedarf es der Aufnahme in die AVB. Die AVB-Formulierung orientiert sich an den entsprechenden Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Darüber hinaus wird auch die ambulante Behandlung durch sog. Telemedizin (i.W. Video-Sprechstunde) in den AVB verankert.

### Betroffene Tarife

Die folgenden Änderungen betreffen die Tarife VT und VTL:

### Änderungen

1. In § 4 Teil II Nr. 1 wird nach Punkt f) die neuen Punkte g) und h) wie folgt eingefügt:

#### **„g) Digitale Gesundheitsanwendungen**

Hierbei handelt es sich um Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

I. Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unter folgenden Voraussetzungen:

- a) die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen und
- b) die DiGA wurden von folgenden Leistungserbringern verordnet:

- niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten,
- approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen)

und

- c) die Höhe der Erstattung für die DiGA richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Mehrkosten sind von den Versicherten selbst zu tragen.

II. Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht im Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, sind erstattungsfähig, wenn sie von den Leistungserbringern nach I b) verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers angeboten werden.

III. Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung (gemäß I.b) ) für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung von den Leistungserbringern erforderlich.

IV. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI - siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig. Hierzu erfolgt eine Erstattung im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.

#### **h) Telemedizin**

Ambulante Heilbehandlungen nach a) sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden.“

2. In Teil III Abschnitt ambulante Heilbehandlung werden folgende Aufzählungspunkte eingefügt:

- „- Fahrt- und Transportkosten bei Unfall
- Digitale Gesundheitsanwendungen“

### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die Tarife **VTN, VTNL, VTN U und VTNB-A U**.

### Änderung

In Teil III Abschnitt C werden nach Nr. 1.4 die neuen Nummer 1.5 und 1.6 wie folgt eingefügt:

#### **„1.5 Digitale Gesundheitsanwendungen**

Hierbei handelt es sich um Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

I. Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unter folgenden Voraussetzungen:

- a) die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen und

- b) die DiGA wurden von folgenden Leistungserbringern verordnet:

- niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten,
- approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen)

und

- c) die Höhe der Erstattung für die DiGA richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Mehrkosten sind von den Versicherten selbst zu tragen.

II. Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht im Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, sind erstattungsfähig, wenn sie von den Leistungserbringern nach I b) verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers

angeboten werden.

- III. Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung (gemäß I.b) für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung von den Leistungserbringern erforderlich.

- IV. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI - siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig. Hierzu erfolgt eine Erstattung im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.

### 1.6 Telemedizin

Ambulante Heilbehandlungen nach Nr. 1.1 sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden.“

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die Tarife **VTN und VTNL**.

#### Änderung

In Teil III Abschnitt C Nr. 2 wird in der Tabelle zu den Erstattungssätzen nach dem Wort „Kieferorthopädie“ die Wörter „, Digitale Gesundheitsanwendungen“ eingefügt.

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VTN, VTNL und VTN U**.

#### Änderung

In Teil III Abschnitt C Nr. 2a wird die Bezeichnung „1.4“ durch die Bezeichnung 1.6 ersetzt.

### 6. Änderung der Serviceleistungen und Frist zur Rechneinreichung

#### Maßgebliche Gründe:

Infolge der Beendigung der Kooperationsverträge der FAMK mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ist die Direktabrechnung nicht mehr möglich und wird daher aus den AVB gestrichen. Es gelten die in den AVB für diesen Fall vereinbarten Erstattungssätze. Weiterhin zahlen wir in allen Varianten des Tarif VT neben der Versicherungsleistung die zu erwartende Beihilfe als Vorleistung aus. Dabei ist zu beachten, dass die hessische Beihilfeverordnung eine Frist von 12 Monaten ab Rechnungsdatum vorsieht. Für die internen Vorlaufprozesse benötigen wir ca. 3 Monate. Um die Frist der hessischen Beihilfeverordnung einzuhalten, ist daher eine Frist zur Einreichung der Rechnung innerhalb von 9 Monaten notwendig.

#### Betroffene Tarife

Die folgenden Änderungen betreffen die **Tarife VT und VTL**.

#### Änderungen

1. § 4 Teil II Nr. 8 wird wie folgt neu gefasst:

„8. Erstattungsgrundlage

- a) Beihilfevorleistung: Zusammen mit der Versicherungsleistung zahlt der Versicherer die Beihilfe aus. Hierfür tritt der Versicherer bis zur Abrechnung mit der Beihilfestelle in Vorleistung. Die Beihilfevorleistung und die Durchführung des Beihilfeverfahrens erfolgen nur für Belege (§ 6 Teil I Abs. 1 i.V.m. § 6 Teil II Nr. 3), die der Versicherungsnehmer spätestens neun Monate nach dem Rechnungsausstellungsdatum dem Versicherer vorgelegt hat. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beihilfe unmittelbar und unverzüglich von der auszahlenden Stelle an den Versicherer abzuführen.
- b) Die Serviceleistung gem. a) ist von den jeweils gültigen Beihilfeschritten abhängig und erfolgt soweit und solange dies rechtlich möglich und für die Versichertengemeinschaft wirtschaftlich tragbar ist.

Tritt der Versicherer mit der Beihilfe über den Betrag hinaus in Vorleistung, der dem Versicherten nach den versicherungsvertraglichen Bestimmungen zusteht bzw. von der Beihilfestelle erstattet wird, ist der Versicherungsnehmer insoweit zur Rückzahlung an den Versicherer verpflichtet.

- c) Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Kosten
- ärztlicher Leistungen bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3- / 1,8- / 1,15-fach GOÄ);
  - psychotherapeutischer Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten, die nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Die Erstattung wird für bis zu 40 Sitzungen je versicherter Person und Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn weitere Sitzungen durch die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt wurden;
  - zahnärztliche Leistungen, die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach, bei Zahnersatz bis 2,0-fach; soweit sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, bis zu den festgelegten Regelhöchstsätzen (2,3- / 1,8- / 1,15-fach GOÄ);
- d) Der Versicherer erstattet die Kosten in allen unter c) genannten Leistungsbereichen bis zu den Höchstätzen der jeweiligen Gebührenordnung, wenn die zuständige Beihilfestelle die über den Regelhöchstsätzen liegenden Aufwendungen nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat.“

2. § 6 Teil II Nr. 2 und 3 werden wie folgt neu gefasst:

- „2. Rechnungen, die von Krankenhäusern für die Behandlung von Versicherten direkt bei dem Versicherer eingehen, werden nach Prüfung der Richtigkeit bezahlt.
3. Die dem Versicherungsnehmer oder den Mitversicherten vorgelegten Rechnungen, sind beim Versicherer in Urschrift einzureichen.“

#### Betroffene Tarife

Die folgenden Änderungen betreffen die **Tarife VTN, VTNL und VTN U**.

#### Änderungen

1. § 6 Teil II Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„1. Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:

Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Behandlungsdaten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsdatum und Namen der behandelten Person versehen sowie Rezeptwiederholungen vom Behandelnden ausdrücklich vorgeschrieben sein.“

2. Teil III Abschnitt C Nr. 1.1 Punkt a) wird wie folgt neu gefasst:  
„a) Ärztliche Leistungen.

Hierzu gehören z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Operationen, Strahlen-Diagnostik und -Therapie, Laboruntersuchungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff sind erstattungsfähig, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen handelt, die von der Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für alle empfohlen werden.

Aufwendungen für ärztliche Behandlung sind im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungs-

satzes bis zu den in der GOÄ festgelegten Regelhöchstsätzen (2,3- / 1,8- / 1,15-fach GOÄ) erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu den Höchstsätzen (3,5- / 2,5- / 1,3-fach GOÄ).“

3. Teil III Abschnitt C Nr. 1.1 Punkt g) wird wie folgt neu gefasst:  
„g) Psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis sind im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, soweit sie nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Die Erstattung wird für bis zu 40 Sitzungen je versicherter Person und Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn weitere Sitzungen durch die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt wurden.“

4. Teil III Abschnitt C Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst:  
„3. **Serviceleistungen: Beihilfevorleistung**

Zusammen mit der Versicherungsleistung nach Nr. 2 zahlt der Versicherer die Beihilfe aus. Hierfür tritt der Versicherer bis zur Abrechnung mit der Beihilfestelle in Vorleistung.

Die Beihilfevorleistung und die Durchführung des Beihilfeverfahrens erfolgen nur für Belege (§ 6 Teil II Nr. 1), die der Versicherungsnehmer spätestens neun Monate nach dem Rechnungsausstellungsdatum dem Versicherer vorgelegt hat.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beihilfe unmittelbar und unverzüglich von der auszahlenden Stelle an den Versicherer abzuführen.

Die Serviceleistung ist von den jeweils gültigen Beihilfevorschriften abhängig und erfolgt soweit und solange dies rechtlich möglich und für die Versichertengemeinschaft wirtschaftlich tragbar ist.

Tritt der Versicherer mit der Beihilfe über den Betrag hinaus in Vorleistung, der dem Versicherten nach den versicherungsvertraglichen Bestimmungen zusteht bzw. von der Beihilfestelle erstattet wird, ist der Versicherungsnehmer insofern zur Rückzahlung an den Versicherer verpflichtet.

#### Betroffene Tarife

Die folgenden Änderungen betreffen den **Tarif VTNB-A U**.

#### Änderungen

1. § 6 Teil II Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst:  
„1. Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:  
Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Behandlungsdaten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsdatum und Namen der behandelten Person versehen sowie Rezeptwiederholungen vom Behandelnden ausdrücklich vorgeschrieben sein.“
2. Teil III Abschnitt C Nr. 1.1 Punkt a) wird wie folgt neu gefasst:  
„a) **Ärztliche Leistungen.**  
Hierzu gehören z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Operationen, Strahlen-Diagnostik und -Therapie, Laboruntersuchungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.  
Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff sind erstattungsfähig, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen handelt, die von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für alle empfohlen werden.  
Aufwendungen für ärztliche Behandlung sind im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungs-

satzes bis zu den in der GOÄ festgelegten Regelhöchstsätzen (2,3- / 1,8- / 1,15-fach GOÄ) erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu den Höchstsätzen (3,5- / 2,5- / 1,3-fach GOÄ).“

3. Teil III Abschnitt C Nr. 4 wird wie folgt neu gefasst:  
„4. **Serviceleistungen: Beihilfevorleistung**

Zusammen mit der Versicherungsleistung nach Nr. 2 zahlt der Versicherer die Beihilfe aus. Hierfür tritt der Versicherer bis zur Abrechnung mit der Beihilfestelle in Vorleistung.

Die Beihilfevorleistung und die Durchführung des Beihilfeverfahrens erfolgen nur für Belege (§ 6 Teil II Nr. 1), die der Versicherungsnehmer spätestens neun Monate nach dem Rechnungsausstellungsdatum dem Versicherer vorgelegt hat.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beihilfe unmittelbar und unverzüglich von der auszahlenden Stelle an den Versicherer abzuführen.

Die Serviceleistung ist von den jeweils gültigen Beihilfevorschriften abhängig und erfolgt soweit und solange dies rechtlich möglich und für die Versichertengemeinschaft wirtschaftlich tragbar ist.

Tritt der Versicherer mit der Beihilfe über den Betrag hinaus in Vorleistung, der dem Versicherten nach den versicherungsvertraglichen Bestimmungen zusteht bzw. von der Beihilfestelle erstattet wird, ist der Versicherungsnehmer insofern zur Rückzahlung an den Versicherer verpflichtet.

#### **7. Beitragsanpassung**

##### Maßgebliche Gründe:

Der Bundesgerichtshof (Urteil vom 22.06.2022, Az. IV ZR 253/20) hat die in der bisherigen AVB-Fassung enthaltene Bestimmung des § 8b Abs. 2 MB/KK für unwirksam erklärt, jedoch ohne Auswirkungen auf durchgeführte Beitragsanpassungen. § 8b wurde entsprechend angepasst und verständlicher abgefasst. Inhaltliche Änderungen des Verfahrens bei Beitragsanpassungen sind damit nicht verbunden.

##### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VT, VTL, VTN, VTNL, VTN U, VTNB-A U, WT, WTL und WT U**.

##### Änderung

§ 8b wird wie folgt neu gefasst:

##### **„Teil I**

- (1) Entsprechend der vertraglichen Leistungszusagen kann sich die Summe der vom Versicherer zu erbringenden Leistungen z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif
- a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge

einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Teil I Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

- (2) Eine Beitragsanpassung findet nicht statt, wenn die Veränderungen nach Absatz 1 als nur vorübergehend anzusehen sind.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Beitragsänderung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

#### Teil II

(entfällt)

### 8. Willenserklärungen und Anzeigen

#### Maßgebliche Gründe:

Infolge der Änderung des § 309 Nr. 13 b) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist die Vereinbarung einer strengeren Form als die Textform in Allgemeinen Geschäftsbedingungen nicht mehr zulässig.

Die bisher vereinbarte Schriftform wird deshalb durch die Textform ersetzt.  
Darüber hinaus wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

#### Betroffene Tarife

Die folgenden Änderungen betreffen die **Tarife VT, VTL**.

#### Änderungen

1. In § 16 Teil I wird das Wort „Schriftform“ durch das Wort „Textform“ ersetzt.
2. In § 16 Teil II werden die Wörter „der Ehefrau“ durch die Wörter „des Ehepartners / der Ehepartnerin“ ersetzt.

#### Betroffene Tarife

Die folgende Änderung betrifft die **Tarife VTN, VTNL, VTN U, VTNB-A U, WT, WTL und WT U**.

#### Änderung

In § 16 Teil I wird das Wort „Schriftform“ durch das Wort „Textform“ ersetzt.