

**Bitte nehmen Sie diese Übersicht zur Änderung der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen (AVB) zu ihren Vertragsunterlagen**

Übersicht

Erläuterung der Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1.	Grund-AVB	2
1.1	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und für die Krankheitskostenversicherung (Teil I)	2
1.2	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Gruppenversicherung und die Krankheitskosten - Gruppenversicherung (Teil I)	2
2.	Tarifbedingungen	2
2.1	Tarife der 70er Serie für ambulante Heilbehandlung - Tarife 70 (701-705), 71 (710-712), Tarif 709	2
2.2	Tarife der 70er Serie für stationäre Heilbehandlung - Tarife 720, 722, 73 (730-732)	3
2.3	Sonderbedingungen für Personen in Ausbildung (Tarifergänzung A) - Tarife 702A, 710A, 720A	5
2.4	Tarife 2000 für ambulante Heilbehandlung - Tarife 2000, 2030, 2005, 2035	5
2.5	Tarife 2000 für stationäre Heilbehandlung - Tarif 2500	6
2.6	Tarife 2000, 722 – Basisschutz (2007, 2037, 722, 2305) und Tarife 2000, 722 (2005, 2035, 722, 2305)	7

Erläuterung der Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (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 Wesentlichen:

- Durch die medizinische Entwicklung entspricht der Katalog der versicherten Hilfsmittel nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße medizinische Behandlung, so dass in älteren Tarifen eine Aktualisierung erforderlich ist.
- Die Sterbebegleitung hat stark an Bedeutung gewonnen und ist inzwischen zur Regelversorgung geworden. Daher werden die Leistungen für eine ambulante Palliativversorgung und eine stationäre Hospizversorgung in die AVB aufgenommen.
- Bisher durften Ausbildungstarife nur bis zum vollendeten 34. Lebensjahr der Versicherten angeboten werden. Das ist künftig bis zum vollendeten 39. Lebensjahr möglich. Daher passen wir die AVB entsprechend an.
- Bei Änderungen der Beihilfe besteht grundsätzlich das Recht, den Versicherungsschutz entsprechend anzupassen, sofern wir geeignete Tarife dafür anbieten. Die bisherige Umstellungsregelung deckt dies nicht voll ab und wird daher erweitert.

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2017 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 Leistungsänderungen und die betroffenen Tarife finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben.

1. Grund-AVB

Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und für die Krankheitskostenversicherung

1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und für die Krankheitskostenversicherung (Teil I)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden?</p> <p>Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe ... der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, ...</p> <p>...</p>	<p>... § 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden?</p> <p>Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe ... der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Das gilt auch, wenn eine oder mehrere Beihilfeleistungen gestrichen werden oder entfallen, weil ein anderer Beihilfeträger zuständig ist. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, ...</p> <p>...</p>

1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Gruppenversicherung und die Krankheitskosten - Gruppenversicherung (Teil I)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden?</p> <p>Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe ... der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Stellt der Hauptversicherte den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung, ...</p> <p>...</p>	<p>... § 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden?</p> <p>Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe ... der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Das gilt auch, wenn eine oder mehrere Beihilfeleistungen gestrichen werden oder entfallen, weil ein anderer Beihilfeträger zuständig ist. Stellt der Hauptversicherte den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung, ...</p> <p>...</p>

2. Tarifbedingungen

Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung Teil II - Tarif(e) mit Tarifbedingungen Einzel- und Gruppenversicherung

2.1 Tarife der 70er Serie für ambulante Heilbehandlung
- Tarife 70 (701-705), 71 (710-712), Tarif 709

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen (701-705, 710-712) bzw. diesem Tarif (709) zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>... (1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>... j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen (701-705, 710-712) bzw. diesem Tarif (709) zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>... (1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>... j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p>

<p>...</p> <p>k) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p> <p>...</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>...</p> <p>(9) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>10) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>11) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>...</p> <p>12) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>10) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>11) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>k) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>l) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) Hilfsmittel</p> <p>a) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>b) Nach Einbindung des Versicherers Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.</p> <p>c) Leihgeräte Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>...</p> <p>(9) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>(10) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</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 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>11) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>12) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>...</p> <p>13) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>11) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>12) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p>
---	---

2.2 Tarife der 70er Serie für stationäre Heilbehandlung - Tarife 720, 722, 73 (730-732)

Tarif 720

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>g) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p>	<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>g) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>h) Hospizversorgung 100%</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p>

<p>... (6) bzw. (7) Krankenhaustagegeld ...</p>	<p>... (6) bzw. (7) Krankenhaustagegeld ... (7) bzw. (8) Hospizversorgung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.</p> <p>Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.</p> <p>Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>
---	---

Tarif 722

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Stationäre Heilbehandlung ... e) Ergänzend gilt: § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (4) bzw. (5) Schwangerschaft und Entbindung</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Stationäre Heilbehandlung ... e) Ergänzend gilt: ... f) Hospizversorgung 100% ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (4) bzw. (5) Schwangerschaft und Entbindung ... (5) bzw. (6) Hospizversorgung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.</p> <p>Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.</p> <p>Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>

Tarife 73 (730, 731, 732)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? S1116-I18Z0</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? (B3-Serie)</p>

<p>... (1) Stationäre Heilbehandlung ... f) Krankenhaustagegeld § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) bzw. (6) Krankenhaustagegeld</p>	<p>... (1) Stationäre Heilbehandlung ... f) Krankenhaustagegeld ... g) Hospizversorgung ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) bzw. (6) Krankenhaustagegeld ... (6) bzw. (7) Hospizversorgung ... Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. ... Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht. ... Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. ... Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben. ...</p>
---	---

2.3 Sonderbedingungen für Personen in Ausbildung (Tarifergänzung A) - Tarife 702A, 710A, 720A

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit? ... Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 34. Lebensjahres, ... § 2 Wann entfallen diese Sonderbedingungen? ... (1) Die Sonderbedingungen entfallen ... c) spätestens mit Vollendung des 34. Lebensjahres. ... § 3 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag und in welchem Alter erhöht sich der Beitrag? ... Nach Ablauf des Monats, in dem das 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, ist der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.</p>	<p>§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit? ... Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 39. Lebensjahres, ... § 2 Wann entfallen diese Sonderbedingungen? ... (1) Die Sonderbedingungen entfallen ... c) spätestens mit Vollendung des 39. Lebensjahres. ... § 3 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag und in welchem Alter erhöht sich der Beitrag? ... Nach Ablauf des Monats, in dem das 25., 30. bzw. 34. Lebensjahr vollendet wird, ist der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.</p>

2.4 Tarife 2000 für ambulante Heilbehandlung - Tarife 2000, 2030, 2005, 2035

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100%</p>

<p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>... (7) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p>	<p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) Hilfsmittel</p> <p>a) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>b) Nach Einbindung des Versicherers Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.</p> <p>c) Leihgeräte Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>... (7) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft (8) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</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 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>... ...</p>
--	---

2.5 Tarife 2000 für stationäre Heilbehandlung - Tarif 2500

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? (1) Stationäre Heilbehandlung ... f) Krankenhaustagegeld § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) bzw. (6) Krankenhaustagegeld</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? (1) Stationäre Heilbehandlung ... f) Krankenhaustagegeld ... g) Hospizversorgung 100% ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) bzw. (6) Krankenhaustagegeld ... (6) bzw. (7) Hospizversorgung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.</p> <p>Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.</p> <p>Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflicht-</p>

2.6 Tarife 2000, 722 – Basisschutz (2007, 2037, 722, 2305) und Tarife 2000, 722 (2005, 2035, 722, 2305)

Tarife 2007, 2037 für ambulante Heilbehandlung
Tarif 722 für stationäre Heilbehandlung
Tarif 2305 für zahnärztliche Heilbehandlung
und

Tarife 2005, 2035 für ambulante Heilbehandlung
Tarif 722 für stationäre Heilbehandlung
Tarif 2305 für zahnärztliche Heilbehandlung

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>d) Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>c) bzw. d) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100%</p> <p>...</p> <p>2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>d) Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>e) Hospizversorgung 100%</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Hilfsmittel</p> <p>aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>bb) Nach Einbindung des Versicherers Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht von uns bezogen oder beschafft werden können.</p> <p>cc) Leihgeräte Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</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 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>c) bzw. d) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>d) bzw. e) Hospizversorgung</p>

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.

Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.

Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.

...

...