

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

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:

- 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.

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 finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben.

**Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung
Teil II - Tarif Kostenbewusst (KB)
Einzel- und Gruppenversicherung**

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung <small>(Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)</small>
... Teil II – Tarif Kostenbewusst ... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung – Erstattung 100%, Selbstbeteiligung 310 EUR ... g) Vorsorgeuntersuchungen (2) Stationäre Heilbehandlung – Erstattung 100 % ... f) Krankenhaustagegeld Teil II – Tarif Kostenbewusst ... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung – Erstattung 100%, Selbstbeteiligung 310 EUR ... g) Vorsorgeuntersuchungen ... 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. 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. 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 Abs. 3 Satz 2 gilt insoweit nicht. (2) Stationäre Heilbehandlung – Erstattung 100% ... f) Krankenhaustagegeld ... g) 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.

<p>g) Transportkosten ... h) Stationäre Behandlung außerhalb des Staates,</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 Abs. 3 Satz 2 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>h) Transportkosten ... i) Stationäre Behandlung außerhalb des Staates,</p>
--	---