

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 (Teil I), die Krankheitskostenversicherung (Teil I) und für Teil A Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein.....	2
1.2	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Gruppenversicherung (Teil I), die Krankheitskosten-Gruppenversicherung (Teil I) und Teil A Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein.....	3
2.	Tarifbedingungen.....	3
2.1	Tarife 760 E, 764 E, 767E und 761 E, 762 E, 763 E, 765 E für ambulante Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte ohne Beihilfeanspruch.....	3
2.2	Tarife 780 E, 781 E für stationäre Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte ohne Beihilfeanspruch.....	4
2.3	Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769), Tarife 762, 763, 765 und Tarif 767 für ambulante Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch.....	5
2.4	Tarife 780, 781 für stationäre Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch.....	12
2.5	Tarife 77 E für ambulante Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte mit Beihilfeanspruch.....	13
2.6	Tarife 79 E für stationäre Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte mit Beihilfeanspruch.....	14
2.7	Tarife 77 für ambulante Heilbehandlung für Ärzte mit Beihilfeanspruch.....	15
2.8	Tarife 79 für stationäre Heilbehandlung für Ärzte mit Beihilfeanspruch.....	15
2.9	Tarife 2800, 2810, 2820 Krankheitskostenversicherung für Jung-Ärzte.....	16
2.10	Tarife AV 1, AV 2 Krankheitskostenversicherung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch.....	19
2.11	Tarif 180 Krankheitskostenversicherung für Medizinstudenten.....	20
2.12	Ärzte Plus 100 (MP100), Ärzte Best 100 (MB100).....	24
2.13	Sonderbedingungen für Personen in Ausbildung (Tarifergänzung A).....	25
2.13.1	Tarife 760A, 761A, 780A, 751A, 2810A.....	25
2.13.2	Tarife Ärzte Plus 100 A (MP100A), Ärzte Best 100 A (MB100A).....	26

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.
- Der Gesetzgeber hat mit dem „Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ Änderungen beschlossen, die Auswirkungen auf die AVB der Ärzte-Tarife (Unisex) haben. Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit erfolgt künftig nicht mehr – wie bisher – in drei Pflegestufen, sondern sie wird in fünf Pflegegrade vorgenommen. Daher wird die „Pflege-Pauschale“ künftig ab Pflegegrad 3 (bisher Pflegestufe 2) gezahlt.
- 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 (Teil I), die Krankheitskostenversicherung (Teil I) und für Teil A Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I), die Krankheitskostenversicherung (Teil I) und für Teil A Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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? ... 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>... § 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden? ... 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>

- ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)
- ab 01.01.2013 (mit Übertragungswert, Unisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes ... 1.8.5 Wie können Sie den Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches anpassen? ... Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes hat und sich der Beihilfebemessungssatz vermindert oder der Beihilfeanspruch entfällt, haben Sie ... Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes. ... Der Versicherungsschutz wird ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst,</p>	<p>... 1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes ... 1.8.5 Wie können Sie den Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches anpassen? ... Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes hat und einer der folgenden Umstände eintritt, haben Sie ... Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes: <ul style="list-style-type: none"> • Der Beihilfebemessungssatz vermindert sich. • Der Beihilfeanspruch entfällt vollständig. • Eine oder mehrere Beihilfeleistungen werden gestrichen. • Eine oder mehrere Beihilfeleistungen entfallen, weil ein anderer Beihilfeträger zuständig ist. In diesen Fällen wird der Versicherungsschutz ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst,</p>

1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Gruppenversicherung (Teil I), die Krankheitskosten-Gruppenversicherung (Teil I) und Teil A Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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>

ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes</p> <p>... 1.8.5 Wie können Sie den Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches anpassen?</p> <p>Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes hat und sich der Beihilfebemessungssatz vermindert oder der Beihilfeanspruch entfällt, haben Sie ... Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst, ...</p> <p>...</p>	<p>... 1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes</p> <p>... 1.8.5 Wie können Sie den Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches anpassen?</p> <p>Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes hat und einer der folgenden Umstände eintritt, haben Sie ... Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Beihilfebemessungssatz vermindert sich. • Der Beihilfeanspruch entfällt vollständig. • Eine oder mehrere Beihilfeleistungen werden gestrichen. • Eine oder mehrere Beihilfeleistungen entfallen, weil ein anderer Beihilfeträger zuständig ist. <p>In diesen Fällen wird der Versicherungsschutz ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst, ...</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 und Teil A Ziffer 2 Tarifbedingungen Einzel- und Gruppenversicherung

2.1 Tarife 760 E, 764 E, 767E und 761 E, 762 E, 763 E, 765 E für ambulante Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte ohne Beihilfeanspruch

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>... i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>j) Kurbehandlung</p> <p>... k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemo-</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>... i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>... j) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100%</p> <p>k) Kurbehandlung</p> <p>... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemo-</p>

<p>therapie, Rettungstransporte ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) (Tarife 760 E, 764 E, 767 E) bzw. (4) (Tarife 761 E, 762 E, 763 E, 765 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>... (8) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (7) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, (9) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (8) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Kurbehandlung ... (10) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (9) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... (11) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (10) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>	<p>therapie, Rettungstransporte ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) (Tarife 760 E, 764 E, 767 E) bzw. (4) (Tarife 761 E, 762 E, 763 E, 765 E) 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>... (8) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (7) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, (9) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (8) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) 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 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>(10) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (9) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Kurbehandlung ... (11) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (10) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... (12) (760 E, 764 E, 767 E) bzw. (11) (761 E, 762 E, 763 E, 765 E) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>
---	---

2.2 Tarife 780 E, 781 E für stationäre Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte ohne Beihilfeanspruch

- Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2012 (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) (780 E) bzw. c) (781 E) Schwangerschaft und Entbindung § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (6) (780 E) bzw. (4) (781 E) Schwangerschaft und Entbindung ...</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Stationäre Heilbehandlung ... f) (780 E) bzw. c) (781 E) Schwangerschaft und Entbindung ... g) (780 E) bzw. d) (781 E) Hospizversorgung 100% ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (6) (780 E) bzw. (4) (781 E) Schwangerschaft und Entbindung ... (7) (780 E) bzw. (5) (781 E) 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</p>

...	<p>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 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>
-----	--

2.3 Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769), Tarife 762, 763, 765 und Tarif 767 für ambulante Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch

Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769), Tarife 762, 763, 765 und Tarif 767

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen (<i>Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769), Tarife 762, 763, 765</i>) bzw nach diesem Tarif (<i>Tarif 767</i>) zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>j) Kurzbehandlung</p> <p>...</p> <p>k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(5) (<i>Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769) und 767</i>) bzw. (4) (<i>Tarife 762, 763, 765</i>) 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><i>Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769):</i></p> <p>(8) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen (<i>Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769), Tarife 762, 763, 765</i>) bzw nach diesem Tarif (<i>Tarif 767</i>) zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>j) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100%</p> <p>k) Kurzbehandlung</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>(5) (<i>Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769) und 767</i>) bzw. (4) (<i>Tarife 762, 763, 765</i>) 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><i>Tarife 76 (760, 761, 764, 766, 768, 769):</i></p> <p>(8) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>(9) 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</p>

2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

...

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörgeräte
 - Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf)
 - Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen),
 - Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen)
 - Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel),
 - Bruchbänder
 - Leibbinden
 - Gummi- und Kompressionsstrümpfe sowie
 - orthopädische Einlagen
- wenn sie von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

Bei Rollstühlen, Sauerstoff-Konzentratoren sowie bei Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für die Miete erstattungsfähig, wenn diese Geräte von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

...

2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung

Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.6) gilt auch...

...

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?

...

2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?

...

bzw.

...

2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung

Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.6) gilt auch...

...

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?

im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Leistungsvoraussetzungen

Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

• **Unheilbare Erkrankung**

Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung.

• **Ärztliche Verordnung**

Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht.

• **Geeigneter Leistungserbringer**

Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat.

2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

...

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

a) Verordnung als Leistungsvoraussetzung

Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Absatz 3) - nach den Absätzen b) bis d) sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

b) Freier Bezug

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörgeräte,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),
- Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen),
- Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen),
- Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel),
- Bruchbänder,
- Leibbinden,
- Gummi- und Kompressionsstrümpfe,
- orthopädische Einlagen,
- **Blutdruck-Messgeräte,**
- **Blutzucker-Messgeräte,**
- **Tensgeräte,**
- **Inhalationsgeräte,**
- **Peak-Flow-Meter sowie**
- **Milch-Pumpen.**

c) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen

Wir ersetzen zudem 100 Prozent der Aufwendungen für Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie

- über uns bezogen oder beschafft werden oder
- nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.

d) Mietgeräte

Außerdem ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Miete von

- Rollstühlen,
- Sauerstoff-Konzentratoren,
- Herz- und Atemmonitoren,
- **Beatmungsgeräten,**
- **Absauggeräten,**
- **Ernährungspumpen,**
- **Infusionspumpen sowie**
- **Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe.**

...

2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung

Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.7) gilt auch...

...

2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?

...

2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?

...

bzw.

...

2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung

Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.7) gilt auch...

...

2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?

...	...
2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?	2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?
...	...
2.2.10 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?	2.2.11 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?
...	...

Tarif 761

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart?</p> <p>...</p> <p><i>bzw.</i></p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart?</p> <p>2.2.11 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p> <p>Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich bei den Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.10.</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>...</p> <p>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</p>	<p>...</p> <p>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</p> <p>2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart?</p> <p>...</p> <p><i>bzw.</i></p> <p>...</p> <p>2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart?</p> <p>2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p> <p>Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich bei den Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.11.</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</p> <p>(1) Versicherte Leistung Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).</p> <p>(2) Leistungsvoraussetzungen Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unheilbare Erkrankung Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung. • Ärztliche Verordnung Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht. • Geeigneter Leistungserbringer Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. <p>2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>...</p> <p>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</p> <p>a) Verordnung als Leistungsvoraussetzung Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Absatz 3) - nach den Absätzen b) bis d) sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.</p>

<p>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hörgeräte • Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) • Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), • Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen) • Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), • Bruchbänder • Leibbinden • Gummi- und Kompressionsstrümpfe sowie • orthopädische Einlagen <p>wenn sie von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoff-Konzentratoren sowie bei Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für die Miete erstattungsfähig, wenn diese Geräte von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.</p> <p>...</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? (1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.6) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? ...</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ...</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart? ...</p> <p>... bzw. ...</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? (1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.6) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? ...</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ...</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart? ...</p> <p>2.2.11 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten? ...</p>	<p>b) Freier Bezug Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hörgeräte, • Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), • Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), • Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), • Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), • Bruchbänder, • Leibbinden, • Gummi- und Kompressionsstrümpfe, • orthopädische Einlagen, • Blutdruck-Messgeräte, • Blutzucker-Messgeräte, • Tensgeräte, • Inhalationsgeräte, • Peak-Flow-Meter sowie • Milch-Pumpen. <p>c) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen Wir ersetzen zudem 100 Prozent der Aufwendungen für Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • über uns bezogen oder beschafft werden oder • nicht über uns bezogen oder beschafft werden können. <p>d) Mietgeräte Außerdem ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Miete von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rollstühlen, • Sauerstoff-Konzentratoren, • Herz- und Atemmonitoren, • Beatmungsgeräten, • Absauggeräten, • Ernährungspumpen, • Infusionspumpen sowie • Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe. <p>...</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? (1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.7) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? ...</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ...</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart? ...</p> <p>... bzw. ...</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? (1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.7) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? ...</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ...</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel vereinbart? ...</p> <p>2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten? ...</p>
---	--

**Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)**

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>...</p> <p><i>bzw.</i></p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>2.2.11 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p> <p>Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.10.</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>...</p> <p>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</p> <p>...</p> <p>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hörgeräte • Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) • Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), • Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen) • Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), • Bruchbänder 	<p>...</p> <p>2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</p> <p>2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>...</p> <p><i>bzw.</i></p> <p>...</p> <p>2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p> <p>Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.11.</p> <p>...</p> <p>2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p> <p>...</p> <p>2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</p> <p>(1) Versicherte Leistung Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).</p> <p>(2) Leistungsvoraussetzungen Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unheilbare Erkrankung Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung. • Ärztliche Verordnung Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht. • Geeigneter Leistungserbringer Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. <p>2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?</p> <p>...</p> <p>(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)</p> <p>a) Verordnung als Leistungsvoraussetzung Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Absatz 3) - nach den Absätzen b) bis d) sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.</p> <p>b) Freier Bezug Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hörgeräte, • Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), • Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), • Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), • Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), • Bruchbänder,

<ul style="list-style-type: none"> • Leibbinden • Gummi- und Kompressionsstrümpfe sowie • orthopädische Einlagen <p>wenn sie von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoff-Konzentratoren sowie bei Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für die Miete erstattungsfähig, wenn diese Geräte von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.</p> <p>...</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.6) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung ... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.10.</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>...</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung ... Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.7 Absatz 2. ... bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.6) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung ... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.10.</p> <p>2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.9 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>...</p> <p>2.2.10 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung ... Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.7 Absatz 2. ... 2.2.11 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leibbinden, • Gummi- und Kompressionsstrümpfe, • orthopädische Einlagen, • Blutdruck-Messgeräte, • Blutzucker-Messgeräte, • Tensgeräte, • Inhalationsgeräte, • Peak-Flow-Meter sowie • Milch-Pumpen. <p>c) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen Wir ersetzen zudem 100 Prozent der Aufwendungen für Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • über uns bezogen oder beschafft werden oder • nicht über uns bezogen oder beschafft werden können. <p>d) Mietgeräte Außerdem ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Miete von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rollstühlen, • Sauerstoff-Konzentratoren, • Herz- und Atemmonitoren, • Beatmungsgeräten, • Absauggeräten, • Ernährungspumpen, • Infusionspumpen sowie • Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe. <p>...</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.7) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung ... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.11.</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>...</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung ... Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.8 Absatz 2. ... bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage ... (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, 2.2.5 und 2.2.7) gilt auch...</p> <p>...</p> <p>(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung ... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.11.</p> <p>2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>...</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?</p> <p>(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung ... Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.8 Absatz 2. ... 2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p>
---	---

2.4 Tarife 780, 781 für stationäre Heilbehandlung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch

Tarife 780, 781

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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>f) (780) bzw. c) (781) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) (780) bzw. (4) (781) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>...</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>f) (780) bzw. c) (781) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>g) (780) bzw. d) (781) Hospizversorgung 100%</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) (780) bzw. (4) (781) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>(7) (780) bzw. (5) (781) 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 § 5 bzw. § 3 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 780

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2.2.3 Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung</p> <p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlungen?</p> <p>...</p> <p>2.2.3.4 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.3.5 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?</p> <p>2.2.3.6 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.3.4 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.3.5 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?</p> <p>2.2.3.6 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.3.7 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlungen?</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>2.2.3 Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung</p> <p>Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlungen?</p> <p>2.2.3.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.3.6 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?</p> <p>2.2.3.7 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.3.6 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert?</p> <p>2.2.3.7 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?</p> <p>2.2.3.8 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Anschlussheilbehandlungen?</p> <p>...</p> <p>2.2.3.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>(1) Versicherte Leistung Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die stationäre Versorgung der →versicherten Person in Hospizen.</p>

<p>2.2.3.4 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung? ... 2.2.3.5 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert? ... 2.2.3.6 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ... <i>bzw.</i> ... 2.2.3.4 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung? ... 2.2.3.5 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert? ... 2.2.3.6 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ... 2.2.3.7 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten? ...</p>	<p>(2) Leistungsvoraussetzungen Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unheilbare Erkrankung Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. • Versorgung in einem Hospiz Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. • Keine anderweitige Versorgung Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden. <p>(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Wenn für die →versicherte Person aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.</p> <p>2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung? ... 2.2.3.6 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert? ... 2.2.3.7 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ... <i>bzw.</i> ... 2.2.3.5 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung? ... 2.2.3.6 Welche Leistungen sind für ein gesundes Neugeborenes versichert? ... 2.2.3.7 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ... 2.2.3.8 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten? ...</p>
---	---

2.5 Tarife 77 E für ambulante Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte mit Beihilfeanspruch

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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 i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... j) Kurbehandlung ... k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) Hilfsmittel Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen. Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... j) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung k) Kurbehandlung ... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) Hilfsmittel a) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen. 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. 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>... (8) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p> <p>(9) Kurbehandlung ...</p> <p>(10) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ...</p> <p>(11) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>	<p>... (8) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p> <p>(9) 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 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>(10) Kurbehandlung ...</p> <p>(11) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ...</p> <p>(12) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>
--	---

2.6 Tarife 79 E für stationäre Heilbehandlung für Ärzte und Zahnärzte mit Beihilfeanspruch

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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? ...</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung ...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung ...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ...</p> <p>(5) Schwangerschaft und Entbindung ...</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ...</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung ...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung f) Hospizversorgung ...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ...</p> <p>(5) Schwangerschaft und Entbindung (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 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>

2.7 Tarife 77 für ambulante Heilbehandlung für Ärzte mit Beihilfeanspruch

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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 ... i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... j) Kurbehandlung ... k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... § 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>... (8) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p> <p>(9) Kurbehandlung ... (10) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... j) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung k) Kurbehandlung ... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... § 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>... (8) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p> <p>(9) 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 § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>(10) Kurbehandlung ... (11) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>

2.8 Tarife 79 für stationäre Heilbehandlung für Ärzte mit Beihilfeanspruch

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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) Stationäre Heilbehandlung ... e) Schwangerschaft und Entbindung</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Stationäre Heilbehandlung ... e) Schwangerschaft und Entbindung f) Hospizversorgung</p>

<p>... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) Schwangerschaft und Entbindung</p>	<p>... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (5) Schwangerschaft und Entbindung ... (6) 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 § 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>
--	---

2.9 Tarife 2800, 2810, 2820 Krankheitskostenversicherung für Jung-Ärzte

Tarife 2800, 2810, 2820

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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) Ambulante Heilbehandlung ... h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre e) Schwangerschaft und Entbindung § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... e) Hilfsmittel Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen. Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig. ... g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... i) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100% (2800, 2810; 2820 ohne Prozentangabe) ... j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre e) Schwangerschaft und Entbindung ... f) Hospizversorgung 100% (2800, 2810; 2820 ohne Prozentangabe) ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... e) Hilfsmittel aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen. bb) Nach Einbindung des Versicherten 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. cc) Leihgeräte Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig. ... g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p>

<p>h) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre Heilbehandlung ... e) Schwangerschaft und Entbindung </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 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre Heilbehandlung ... e) Schwangerschaft und Entbindung ... f) 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> <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 Teil I § 3 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>
---	---

Tarif 2810

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang 2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland Inhalt dieses Abschnitts: ... 2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie? ... 2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung? 2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? 2.2.1.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt? 2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p>	<p>... 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang 2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland Inhalt dieses Abschnitts: ... 2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie? 2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung? 2.2.1.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung? 2.2.1.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? 2.2.1.9 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt? 2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie? ... 2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</p> <p>(1) Versicherte Leistung Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).</p> <p>(2) Leistungsvoraussetzungen Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unheilbare Erkrankung Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreiten-

2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?

...

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörgeräte
 - Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf)
 - Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen),
 - Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen)
 - Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel),
 - Bruchbänder
 - Leibbinden
 - Gummi- und Kompressionsstrümpfe sowie
 - orthopädische Einlagen
- wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

Bei Rollstühlen, Sauerstoff-Konzentratoren sowie bei Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für die Miete erstattungsfähig, wenn diese Geräte von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

...

2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.4 Absatz 1 und 2.2.1.5 bis 2.2.1.6) gilt auch

...

2.2.1.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

...

2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

...

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?

2.2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?

2.2.2.8 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?

2.2.2.9 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

...

...

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?

...

den und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung.

• Ärztliche Verordnung

Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht.

• Geeigneter Leistungserbringer

Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat.

2.2.1.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?

...

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

a) Verordnung als Leistungsvoraussetzung

Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Absatz 3) - nach den Absätzen b) bis d) sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

b) Freier Bezug

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörgeräte,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),
- Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen),
- Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen),
- Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel),
- Bruchbänder,
- Leibbinden,
- Gummi- und Kompressionsstrümpfe,
- orthopädische Einlagen,
- **Blutdruck-Messgeräte,**
- **Blutzucker-Messgeräte,**
- **Tensgeräte,**
- **Inhalationsgeräte,**
- **Peak-Flow-Meter sowie**
- **Milch-Pumpen.**

c) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen

Wir ersetzen zudem 100 Prozent der Aufwendungen für Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie

- über uns bezogen oder beschafft werden oder
- nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.

d) Mietgeräte

Außerdem ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Miete von

- Rollstühlen,
- Sauerstoff-Konzentratoren,
- Herz- und Atemmonitoren,
- **Beatmungsgeräten,**
- **Absauggeräten,**
- **Ernährungspumpen,**
- **Infusionspumpen sowie**
- **Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe.**

...

2.2.1.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.4 Absatz 1, 2.2.1.5 und 2.2.1.7) gilt auch

...

2.2.1.9 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

...

2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

...

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?

2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?

2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?

2.2.2.10 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

...

...

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?

...

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung

<p>2.2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung? ... 2.2.2.8 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert? ... 2.2.2.9 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt? </p>	<p>Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die stationäre Versorgung der →versicherten Person in Hospizen.</p> <p>(2) Leistungsvoraussetzungen Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unheilbare Erkrankung Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. • Versorgung in einem Hospiz Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. • Keine anderweitige Versorgung Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden. <p>(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Wenn für die →versicherte Person aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung? ... 2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert? ... 2.2.2.10 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt? </p>
---	--

2.10 Tarife AV 1, AV 2 Krankheitskostenversicherung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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) Ambulante Heilbehandlung ... f) (AV1) bzw. g) (AV2) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... g) (AV1) bzw. h) (AV2) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre Heilbehandlung (ab 2011: (auch Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 11a SGB V)) ... d) Schwangerschaft und Entbindung § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... e) Hilfsmittel ... Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen. ... Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... f) (AV1) bzw. g) (AV2) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... g) (AV1) bzw. h) (AV2) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100% ... h) (AV1) bzw. i) (AV2) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre Heilbehandlung (ab 2011: (auch Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 11a SGB V)) ... d) Schwangerschaft und Entbindung ... e) Hospizversorgung 100% ... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir? ... (1) Ambulante Heilbehandlung ... e) Hilfsmittel aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen. ... bb) Nach Einbindung des Versicherten 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. ... cc) Leihgeräte Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen</p>

<p>...</p> <p>h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p><i>bzw.</i></p> <p>i) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>...</p> <p>j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>...</p> <p>h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>i) 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 § 5 bzw. § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p><i>bzw.</i></p> <p>j) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>...</p> <p>k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>f) 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> <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 Teil I § 5 bzw. § 3 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>
---	--

2.11 Tarif 180 Krankheitskostenversicherung für Medizinstudenten

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (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) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung</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) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>i) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100%</p> <p>j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>f) Hospizversorgung 100%</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p>

<p>(1) Ambulante Heilbehandlung ... d) Hilfsmittel Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen).</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>... g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,</p> <p>h) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... bzw. h) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre Heilbehandlung ... e) Schwangerschaft und Entbindung</p>	<p>(1) Ambulante Heilbehandlung ... d) Hilfsmittel 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 über 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>... g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, 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 § 5 bzw. § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... bzw. i) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... (2) Stationäre Heilbehandlung ... e) Schwangerschaft und Entbindung ... f) 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> <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 Teil I § 5 bzw. § 3 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>
---	--

- ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang 2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland Inhalt dieses Abschnitts: ... 2.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Heilbehandlung?</p>	<p>... 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang 2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland Inhalt dieses Abschnitts: ... 2.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Heilbehandlung? 2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</p>

2.2.1.5 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
2.2.1.6 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
...
bzw.
...
2.2.1.5 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
2.2.1.6 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
2.2.1.7 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
...
...
2.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Heilbehandlung?
...

2.2.1.5 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
...
(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörgeräte
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf)
- Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen),
- Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen)
- Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel),
- Bruchbänder
- Leibbinden
- Gummi- und Kompressionsstrümpfe sowie
- orthopädische Einlagen

wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

Bei Rollstühlen, Sauerstoff-Konzentratoren sowie bei Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für die Miete erstattungsfähig, wenn diese Geräte von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
...
bzw.
...
2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
2.2.1.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
...
...
2.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Heilbehandlung?
...
2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- **Unheilbare Erkrankung**
Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung.
- **Ärztliche Verordnung**
Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht.
- **Geeigneter Leistungserbringer**
Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat.

2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
...
(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

a) Verordnung als Leistungsvoraussetzung
Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Absatz 3) - nach den Absätzen b) bis d) sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

b) Freier Bezug
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörgeräte,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),
- Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen),
- Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen),
- Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel),
- Bruchbänder,
- Leibbinden,
- Gummi- und Kompressionsstrümpfe,
- orthopädische Einlagen,
- **Blutdruck-Messgeräte,**
- **Blutzucker-Messgeräte,**
- **Tensgeräte,**
- **Inhalationsgeräte,**
- **Peak-Flow-Meter sowie**
- **Milch-Pumpen.**

c) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen
Wir ersetzen zudem 100 Prozent der Aufwendungen für Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie

- über uns bezogen oder beschafft werden oder
- nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.

d) Mietgeräte
Außerdem ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Miete von

- Rollstühlen,
- Sauerstoff-Konzentratoren,
- Herz- und Atemmonitoren,
- **Beatmungsgeräten,**
- **Absauggeräten,**
- **Ernährungspumpen,**

<p>...</p> <p>2.2.1.6 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.4 Absatz 1 und 2.2.1.5) gilt auch</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.1.5 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.1.6 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.4 Absatz 1 und 2.2.1.5) gilt auch</p> <p>...</p> <p>2.2.1.7 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p> <p>2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?</p> <p>2.2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>2.2.2.9 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>2.2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.2.7 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.9 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>	<p>• Infusionspumpen sowie • Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe.</p> <p>...</p> <p>2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.4 Absatz 1 und 2.2.1.6) gilt auch</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.1.6 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.1.7 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?</p> <p>Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.4 Absatz 1 und 2.2.1.6) gilt auch</p> <p>...</p> <p>2.2.1.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p> <p>2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland Inhalt dieses Abschnitts:</p> <p>...</p> <p>2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>2.2.2.10 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?</p> <p>(1) Versicherte Leistung Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die stationäre Versorgung der →versicherten Person in Hospizen.</p> <p>(2) Leistungsvoraussetzungen Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <p>• Unheilbare Erkrankung Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.</p> <p>• Versorgung in einem Hospiz Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen.</p> <p>• Keine anderweitige Versorgung Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden.</p> <p>(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Wenn für die →versicherte Person aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>2.2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.9 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?</p> <p>...</p> <p>2.2.2.10 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?</p>
--	--

2.12 Ärzte Plus 100 (MP100), Ärzte Best 100 (MB100)

Ärzte Plus 100 (MP100)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2013 (mit Übertragungswert, Unisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)																																																																					
<p>...</p> <p>2.2.6.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale? Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 3.000 Euro, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die →versicherte Person pflegebedürftig nach § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist und • für sie die Zuordnung mindestens zur Pflegestufe II nach § 15 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist. <p>...</p>	<p>...</p> <p>2.2.6.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale? Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 3.000 Euro, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die →versicherte Person pflegebedürftig nach § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist und • für sie die Zuordnung mindestens zu Pflegegrad 3 nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist. <p>...</p>																																																																					
<p>... Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs ...</p> <p>Wichtige Information: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis ... anpassen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vorsorge-Untersuchung</th> <th>Zeitintervall</th> <th>Pauschale Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Vorsorgeuntersuchungen für Männer</td> </tr> <tr> <td>Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>75,00</td> </tr> <tr> <td>Krebsvorsorge für Männer - Mindestalter: 45 Jahre</td> <td>einmal pro Versicherungsjahr</td> <td>40,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vorsorgeuntersuchungen für Frauen</td> </tr> <tr> <td>Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 21 Jahre</td> <td>einmal pro Versicherungsjahr</td> <td>60,00</td> </tr> <tr> <td>Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre</td> <td>einmal pro Versicherungsjahr</td> <td>70,00</td> </tr> <tr> <td>Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>75,00</td> </tr> <tr> <td>Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>125,00</td> </tr> <tr> <td>Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>270,00</td> </tr> </tbody> </table>	Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro	Vorsorgeuntersuchungen für Männer			Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00	Krebsvorsorge für Männer - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00	Vorsorgeuntersuchungen für Frauen			Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00	Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00	Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00	Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00	Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00	<p>... Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs ...</p> <p>Wichtige Information: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis ... anpassen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vorsorge-Untersuchung</th> <th>Zeitintervall</th> <th>Pauschale Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Vorsorgeuntersuchungen für Männer</td> </tr> <tr> <td>Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>75,00</td> </tr> <tr> <td>Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre</td> <td>einmal pro Versicherungsjahr</td> <td>40,00</td> </tr> <tr> <td>Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>35,00</td> </tr> <tr> <td>Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>270,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vorsorgeuntersuchungen für Frauen</td> </tr> <tr> <td>Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 21 Jahre</td> <td>einmal pro Versicherungsjahr</td> <td>60,00</td> </tr> <tr> <td>Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 50 Jahre</td> <td>einmal pro Versicherungsjahr</td> <td>70,00</td> </tr> <tr> <td>Hautkrebs-Screening für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>35,00</td> </tr> <tr> <td>Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>75,00</td> </tr> <tr> <td>Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>125,00</td> </tr> <tr> <td>Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre</td> <td>einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren</td> <td>270,00</td> </tr> </tbody> </table>	Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro	Vorsorgeuntersuchungen für Männer			Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00	Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00	Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00	Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00	Vorsorgeuntersuchungen für Frauen			Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00	Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00	Hautkrebs-Screening für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00	Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00	Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00	Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00
Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro																																																																				
Vorsorgeuntersuchungen für Männer																																																																						
Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00																																																																				
Krebsvorsorge für Männer - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00																																																																				
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen																																																																						
Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00																																																																				
Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00																																																																				
Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00																																																																				
Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00																																																																				
Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00																																																																				
Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro																																																																				
Vorsorgeuntersuchungen für Männer																																																																						
Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00																																																																				
Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00																																																																				
Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00																																																																				
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00																																																																				
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen																																																																						
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00																																																																				
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00																																																																				
Hautkrebs-Screening für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00																																																																				
Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00																																																																				
Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00																																																																				
Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00																																																																				

Ärzte Best 100 (MB100)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2013 (mit Übertragungswert, Unisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2.2.7.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale? Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 3.000 Euro, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die →versicherte Person pflegebedürftig nach § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist und • für sie die Zuordnung mindestens zur Pflegestufe II nach § 15 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist. <p>...</p>	<p>...</p> <p>2.2.7.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale? Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 3.000 Euro, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die →versicherte Person pflegebedürftig nach § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist und • für sie die Zuordnung mindestens zu Pflegegrad 3 nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist. <p>...</p>
<p>... Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs ...</p>	<p>... Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs ...</p>

Wichtige Information: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis ... anpassen.		
Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro
Vorsorgeuntersuchungen für Männer		
Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Krebsvorsorge für Männer - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre		
	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen		
Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00
Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00
Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre		
	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00
Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00

Wichtige Information: Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis ... anpassen.		
Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro
Vorsorgeuntersuchungen für Männer		
Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00
Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen		
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00
Hautkrebs-Screening für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00
Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00
Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00

2.13 Sonderbedingungen für Personen in Ausbildung (Tarifergänzung A)

2.13.1 Tarife 760A, 761A, 780A, 751A, 2810A

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2012 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>§ 1 Was gilt für die Versicherungsfähigkeit?</p> <p>Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 34. Lebensjahres,</p> <p>...</p> <p>§ 2 Wann entfallen diese Sonderbedingungen?</p> <p>(1) Die Sonderbedingungen entfallen</p> <p>...</p> <p>c) spätestens mit Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>...</p> <p>§ 3 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag und in welchem Alter erhöht sich der Beitrag?</p> <p>...</p> <p>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>...</p>	<p>§ 1 Was gilt für die Versicherungsfähigkeit?</p> <p>Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 39. Lebensjahres,</p> <p>...</p> <p>§ 2 Wann entfallen diese Sonderbedingungen?</p> <p>(1) Die Sonderbedingungen entfallen</p> <p>...</p> <p>c) spätestens mit Vollendung des 39. Lebensjahres.</p> <p>...</p> <p>§ 3 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag und in welchem Alter erhöht sich der Beitrag?</p> <p>...</p> <p>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> <p>...</p>

- ab 01.01.2012 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>3.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person</p> <p>...</p> <p>(1) Kind eines Arztes</p> <p>Die →versicherte Person ist ... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> ... mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 34 Jahre alt ist und <p>...</p>	<p>...</p> <p>3.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person</p> <p>...</p> <p>(1) Kind eines Arztes</p> <p>Die →versicherte Person ist ... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> ... mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 39 Jahre alt ist und <p>...</p>

<p>(2) Personen in der Ausbildung zum Arzt Die →versicherte Person ist ebenfalls... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 34 Jahre alt ist und <p>.... 3.2 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe Abweichend von Ziffer 1.6.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie (bzw.: muss) nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 25 oder 30 Jahre alt geworden ist, den Beitrag zahlen (bzw.: der Beitrag gezahlt werden), der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist.</p>	<p>(2) Personen in der Ausbildung zum Arzt Die →versicherte Person ist ebenfalls... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 39 Jahre alt ist und <p>.... 3.2 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe Abweichend von Ziffer 1.6.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie (bzw.: muss) nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 25, 30 oder 34 Jahre alt geworden ist, den Beitrag zahlen (bzw.: der Beitrag gezahlt werden), der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist.</p>
--	--

2.13.2 Tarife Ärzte Plus 100 A (MP100A), Ärzte Best 100 A (MB100A)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - ab 01.01.2013 (mit Übertragungswert, Unisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>.... 3.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (1) Schüler und Berufsschüler Die →versicherte Person ist ... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 34 Jahre alt ist, <p>.... (2) Studenten Die →versicherte Person ist ebenfalls... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 34 Jahre alt ist und <p>.... (3) Praktikanten Die →versicherte Person ist ebenfalls... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 34 Jahre alt ist und <p>.... 3.2 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe Abweichend von Ziffer 1.6.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 25 oder 30 Jahre alt geworden ist, den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist.</p>	<p>.... 3.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (1) Schüler und Berufsschüler Die →versicherte Person ist ... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 39 Jahre alt ist, <p>.... (2) Studenten Die →versicherte Person ist ebenfalls... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 39 Jahre alt ist und <p>.... (3) Praktikanten Die →versicherte Person ist ebenfalls... versicherungsfähig, solange sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 21 Jahre, aber noch nicht 39 Jahre alt ist und <p>.... 3.2 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe Abweichend von Ziffer 1.6.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 25, 30 oder 34 Jahre alt geworden ist, den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist.</p>