

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

Erläuterung der Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Versicherungsbedingungen an Änderungen im Gesundheitswesen angepasst werden können. Beispielsweise rücken neue Leistungen durch den medizinischen Fortschritt in den Fokus. Diese werden nun in die Tarife integriert und Bestandteil Ihres Vertrages.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen:

- Durch die medizinische Entwicklung entspricht der Katalog der versicherten Hilfsmittel nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße medizinische Behandlung, so dass in älteren Tarifen eine Aktualisierung erforderlich ist.
- Die Sterbebegleitung hat stark an Bedeutung gewonnen und ist inzwischen zur Regelversorgung geworden. Daher werden die Leistungen für eine ambulante Palliativversorgung und eine stationäre Hospizversorgung in die AVB aufgenommen.
- Bislang 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

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung <small>(Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)</small>
... § 3 Wartezeiten ... Teil II (1) Für Personen mit Beihilfeanspruch gilt: ..., jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wird der Antrag innerhalb von zwei (ab 01.01.2009: sechs) Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, § 3 Wartezeiten ... Teil II (1) Für Personen mit Beihilfeanspruch gilt: ..., jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. 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 Änderung des Beihilfeanspruches gestellt,

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung <small>(Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)</small>
... § 2 Umfang und Beginn des Versicherungsschutzes ... (5) Für Personen mit Beihilfeanspruch gilt: ..., jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wird der Antrag innerhalb von zwei (ab 01.01.2009: sechs) Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, § 2 Umfang und Beginn des Versicherungsschutzes ... (5) Für Personen mit Beihilfeanspruch gilt: ..., jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. 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 Änderung des Beihilfeanspruches gestellt,

2. Tarifbedingungen

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

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung <small>(Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)</small>
... 2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze ... 2.1 Ambulante Heilbehandlung ... Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung 2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze ... 2.1 Ambulante Heilbehandlung ... Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

<p>Kurbehandlung ... 3. Erstattungsfähige Leistungen ... f) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren übernimmt der Versicherer die Aufwendungen für Leihgeräte.</p> <p>... i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ...</p> <p>j) Kurbehandlung ... k) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... bzw. ... j) Kurbehandlung ... k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>	<p>Kurbehandlung ... 3. Erstattungsfähige Leistungen ... f) Hilfsmittel</p> <p>aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>bb) Nach Einbindung des Versicherers Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über den Versicherer bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über den Versicherer 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 übernimmt der Versicherer die Aufwendungen für Leihgeräte.</p> <p>... i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>j) 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 § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>k) Kurbehandlung ... l) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... bzw. ... k) Kurbehandlung ... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>
--	---

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

Tarif 720

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozeentsätze 2.1 Stationäre Heilbehandlung ... Krankenhaustagegeld 3. Erstattungsfähige Leistungen ... f) Krankenhaustagegeld ...</p>	<p>... 2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozeentsätze 2.1 Stationäre Heilbehandlung ... Krankenhaustagegeld ... Hospizversorgung - 100% ... 3. Erstattungsfähige Leistungen ... f) Krankenhaustagegeld ... g) Hospizversorgung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung</p>

...	<p>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. Der Versicherer ist auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Der Versicherer leistet 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 der Leistungspflicht des Versicherers vor. Er ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>
-----	--

Tarif 722

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>2.1 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>3. Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>d) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>2.1 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>Hospizversorgung - 100%</p> <p>...</p> <p>3. Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>d) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>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 Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Der Versicherer ist auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Der Versicherer leistet 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 der Leistungspflicht des Versicherers vor. Er ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>

Tarife 73 (730, 731, 732)

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>...</p> <p>2.1 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>...</p> <p>2.1 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>Hospizversorgung</p>

<p>... 3. Erstattungsfähige Leistungen ... e) Krankenhaustagegeld ...</p>	<p>3. Erstattungsfähige Leistungen ... e) Krankenhaustagegeld ... f) 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. Der Versicherer ist auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Der Versicherer leistet 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 der Leistungspflicht des Versicherers vor. Er ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>
---	---

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>1. Versicherungsfähigkeit</p> <p>Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 34. Lebensjahres, ... 2. Ende der Sonderbedingungen</p> <p>Die Sonderbedingungen entfallen ... c) spätestens mit Vollendung des 34. Lebensjahres. ... 3. Bestimmungen zur Beitragsfestsetzung</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>1. Versicherungsfähigkeit</p> <p>Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 39. Lebensjahres, ... 2. Ende der Sonderbedingungen</p> <p>Die Sonderbedingungen entfallen ... c) spätestens mit Vollendung des 39. Lebensjahres. ... 3. Bestimmungen zur Beitragsfestsetzung</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>

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12. 2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze 2.1 Ambulante Heilbehandlung ... Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung 3. Erstattungsfähige Leistungen ... e) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p>	<p>... 2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze 2.1 Ambulante Heilbehandlung ... Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ... Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - 100% ... 3. Erstattungsfähige Leistungen ... e) Hilfsmittel</p> <p>aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p>

<p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren übernimmt der Versicherer die Aufwendungen für Leihgeräte.</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>...</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 den Versicherer bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über den Versicherer 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 übernimmt der Versicherer die Aufwendungen für Leihgeräte.</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>h) 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 § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>...</p>
---	--

2.5 Tarife 2000 für stationäre Heilbehandlung - Tarif 2500

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn - bis 31.12.2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>2.1 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>3. Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>2. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>2.1 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>Hospizversorgung - 100%</p> <p>...</p> <p>3. Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>e) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>f) 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. Der Versicherer ist auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Der Versicherer leistet 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 der Leistungspflicht des Versicherers vor. Er ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>

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

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

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

**Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn
- bis 31.12. 2007 (ohne Übertragungswert, Bisex)**

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>3. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>3.1 Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>3.2 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>4. Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>4.1 Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren übernimmt der Versicherer die Aufwendungen für Leihgeräte.</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>4.2 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>c) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>3. Tarifliche Leistungszusage – Erstattungsprozentsätze</p> <p>3.1 Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - 100%</p> <p>...</p> <p>3.2 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>Hospizversorgung - 100%</p> <p>...</p> <p>4. Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>4.1 Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>e) Hilfsmittel</p> <p>aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>bb) Nach Einbindung des Versicherten Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über den Versicherer bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über den Versicherer bezogen oder beschafft werden können.</p> <p>cc) Leihgeräte Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung.</p> <p>...</p> <p>h) 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 § 4 Teil II Abs. 1 bzw. Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>4.2 Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>c) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p>d) 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</p>

	<p>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. Der Versicherer ist auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach § 4 Teil II Abs. 1 <i>bzw.</i> Teil I § 4 Abs. 2 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.</p> <p>Der Versicherer leistet 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 der Leistungspflicht des Versicherers vor. Er ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.</p> <p>...</p>
--	--