

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

Übersicht

Erläuterung der Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1.	Grund-AVB.....	2
1.1	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und für die Krankheitskostenversicherung (Teil I)	2
1.2	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Gruppenversicherung und die Krankheitskosten-Gruppenversicherung (Teil I).....	2
2.	Tarifbedingungen	3
2.1	Tarife der 80er Serie für ambulante Heilbehandlung – Tarife 81	3
2.2	Tarife der 80er Serie für ambulante Heilbehandlung – Tarife 81 S	5
2.3	Tarife der 80er Serie für stationäre Heilbehandlung – Tarife 83	6
2.4	Tarife BA 70 – BA 30 für ambulante Heilbehandlung / Tarife BS 55 – BS 15 für stationäre Heilbehandlung / Tarife BZ 70 – BZ 30 für zahnärztliche Heilbehandlung	8

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 und für die Krankheitskostenversicherung

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn

- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (mit Übertragungswert, Bisex)

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

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

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn

- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (mit Übertragungswert, Bisex)

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

2. Tarifbedingungen

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

2.1 Tarife der 80er Serie für ambulante Heilbehandlung – Tarife 81

**Tarife 81 (8171, 8151, 8141, 8130, 8121) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach Richtlinien des Bundes und der angeglichenen Länder
und**

Tarife 81 (8195, 8190, 8185, 8180, 8175, 8170, 8165, 8160, 8155, 8150, 8145, 8140, 8135, 8130, 8125, 8120, 8115) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach Richtlinien der nicht dem Bund angeglichenen Länder

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

- Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>k) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(3) Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>f) 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) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>k) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>l) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(3) Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>f) Hilfsmittel</p> <p>aa) Freier Bezug</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>bb) Nach Einbindung des Versicherers</p> <p>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</p> <p>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) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</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 Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>k) Kurbehandlung</p>

<p>...</p> <p>k) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>...</p> <p>l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>j) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p>	<p>l) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>bzw.</p> <p>...</p> <p>k) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p>
---	---

2.2 Tarife der 80er Serie für ambulante Heilbehandlung – Tarife 81 S

Tarife 813 S und 815 S (mit Übertragungswert) mit Selbstbeteiligung für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach Richtlinien des Bundes und der angeglichenen Länder

Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn

- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (ohne Übertragungswert, Bisex)
- ab 01.01.2009 bis 31.12.2011 (mit Übertragungswert, Bisex)

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen für ambulante Heilbehandlung zu?</p> <p>(1) Tarifliche Leistungszusage</p> <p>...</p> <p>j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>k) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(4) Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>f) 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) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>j) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>k) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen für ambulante Heilbehandlung zu?</p> <p>(1) Tarifliche Leistungszusage</p> <p>...</p> <p>j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>...</p> <p>k) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>l) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>...</p> <p>(4) Erstattungsfähige Leistungen</p> <p>...</p> <p>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 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>...</p> <p>i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p> <p>j) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>k) Kurbehandlung</p> <p>...</p> <p>l) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort</p>

l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... bzw. ... j) Kurbehandlung ... k) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...	m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... bzw. ... k) Kurbehandlung ... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...
--	--

2.3 Tarife der 80 er Serie für stationäre Heilbehandlung – Tarife 83

**Tarife 83 (8371, 8351, 8341, 8330, 8321) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach Richtlinien des Bundes und der angeglichenen Länder
und**

Tarife 83 (8385, 8380, 8375, 8370, 8365, 8360, 8355, 8350, 8345, 8340, 8335, 8330, 8325, 8320, 8315, 8310, 8305) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach Richtlinien der nicht dem Bund angeglichenen Länder

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

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

**Tarife 83 (8351, 8341, 8330, 8321) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach den Richtlinien des Bundes und der angeglichenen Länder
und**

Tarife 83 (8385, 8380, 8375, 8370, 8365, 8360, 8355, 8350, 8345, 8340, 8335, 8330, 8325, 8320, 8315, 8310, 8305) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach den Richtlinien der nicht dem Bund angeglichenen Länder

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

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

2.4 Tarife BA 70 – BA 30 für ambulante Heilbehandlung / Tarife BS 55 – BS 15 für stationäre Heilbehandlung / Tarife BZ 70 – BZ 30 für zahnärztliche Heilbehandlung

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?</p> <p>(1) Aufnahmefähig sind ... c) Voraussetzung ist, dass die zu versichernden Personen das 33. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. ... (2) Die Versicherung nach den Tarifen B endet c) in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung ... f) Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>(2) Stationäre d) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung ... d) 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>... f) Behandlungen wegen Schwangerschaft,</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung ... d) bzw. e) Schwangerschaft und Entbindung ...</p>	<p>§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?</p> <p>(1) Aufnahmefähig sind ... c) Voraussetzung ist, dass die zu versichernden Personen das 38. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. ... (2) Die Versicherung nach den Tarifen B endet c) in dem das 39. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung ... f) Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>g) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>(2) Stationäre d) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>e) Hospizversorgung</p> <p>... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung ... d) Hilfsmittel</p> <p>aa) Freier Bezug Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</p> <p>bb) Nach Einbindung des Versicherers Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht 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>... f) Behandlungen wegen Schwangerschaft,</p> <p>g) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>(2) Stationäre Heilbehandlung ... d) bzw. e) Schwangerschaft und Entbindung ...</p> <p>e) bzw. 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>§ 6 Unter welchen Voraussetzungen kann die Versicherung fortgeführt werden?</p> <p>(3) Verlängerungsmöglichkeit</p> <p>a) Ist die Ausbildung zu einem Beamtenberuf 36 Monate nach Beginn der Versicherung noch nicht beendet, kann der Versicherungsschutz ... bis zum Ende der Ausbildung, längstens für weitere 36 Monate, jedoch nicht über die Vollendung des 34. Lebensjahres hinaus beibehalten werden. ...</p> <p>...</p> <p>§ 8 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?</p> <p>....</p> <p>In Abänderung von Teil I § 16 Abs. 2 ist nach Ablauf des Monats, in dem das 21. bzw. 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.</p> <p>...</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> <p>§ 6 Unter welchen Voraussetzungen kann die Versicherung fortgeführt werden?</p> <p>(3) Verlängerungsmöglichkeit</p> <p>a) Ist die Ausbildung zu einem Beamtenberuf 36 Monate nach Beginn der Versicherung noch nicht beendet, kann der Versicherungsschutz ... bis zum Ende der Ausbildung, längstens für weitere 36 Monate, jedoch nicht über die Vollendung des 39. Lebensjahres hinaus beibehalten werden. ...</p> <p>...</p> <p>§ 8 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?</p> <p>....</p> <p>In Abänderung von Teil I § 16 Abs. 2 ist nach Ablauf des Monats, in dem das 21. bzw. 25. bzw. 30. bzw. 34. Lebensjahr vollendet wird, der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.</p> <p>...</p>
---	--