

**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 .....	2
2.	Tarifbedingungen .....	3
2.1	Tarife der 70er Serie für ambulante Heilbehandlung - Tarife 70 (701-705), 71 (710-712), Tarif 709.....	3
2.2	Tarife der 70er Serie für ambulante Heilbehandlung - Tarif 712 (für GKV-Versicherte) ....	4
2.3	Tarife der 70er Serie für stationäre Heilbehandlung - Tarife 720, 722, 73 (730-732) .....	6
2.4	Sonderbedingungen für Personen in Ausbildung (Tarifergänzung A) - Tarife 702A, 710A, 720A .....	8
2.5	Tarife 2000 für ambulante Heilbehandlung - Tarife 2000, 2030, 2005, 2035 .....	8
2.6	Tarife 2000 für stationäre Heilbehandlung - Tarif 2500.....	9
2.7	Tarife 2000, 722 – Basisschutz (2007, 2037, 722, 2305) und Tarife 2000, 722 (2005, 2035, 722, 2305).....	10

**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 (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>...</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. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, ...</p> <p>...</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. <b>Das gilt auch, wenn eine oder mehrere Beihilfeleistungen gestrichen werden oder entfallen, weil ein anderer Beihilfetragender zuständig ist.</b> Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, ...</p> <p>...</p>

##### - ab 01.01.2012 (ohne Übertragungswert, Bisex: Tarif 712 (für GKV-Versicherte))

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>...</p> <p>1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes</p> <p>...</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>...</p> <p>1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes</p> <p>...</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 <b>einer der folgenden Umstände eintritt</b>, haben Sie ... Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Der Beihilfebemessungssatz vermindert sich.</b></li> <li>• <b>Der Beihilfeanspruch entfällt vollständig.</b></li> <li>• <b>Eine oder mehrere Beihilfeleistungen werden gestrichen.</b></li> <li>• <b>Eine oder mehrere Beihilfeleistungen entfallen, weil ein anderer Beihilfetragender zuständig ist.</b></li> </ul> <p><b>In diesen Fällen wird der Versicherungsschutz ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst, ...</b></p> <p>...</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>...</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. Stellt der Hauptversicherte den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung, ...</p> <p>...</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. <b>Das gilt auch, wenn eine oder mehrere Beihilfeleistungen gestrichen werden oder entfallen, weil ein anderer Beihilfetragender zuständig ist.</b> Stellt der Hauptversicherte den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung, ...</p> <p>...</p>

- ab 01.01.2012 (ohne Übertragungswert, Bisex: Tarif 712 (für GKV-Versicherte))

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 Beihilfeanspruchs 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 Beihilfeanspruchs anpassen?</p> <p>Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes hat und <b>einer der folgenden Umstände eintritt</b>, haben Sie ... Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Der Beihilfebemessungssatz vermindert sich.</b></li> <li>• <b>Der Beihilfeanspruch entfällt vollständig.</b></li> <li>• <b>Eine oder mehrere Beihilfeleistungen werden gestrichen.</b></li> <li>• <b>Eine oder mehrere Beihilfeleistungen entfallen, weil ein anderer Beihilfeträger zuständig ist.</b></li> </ul> <p><b>In diesen Fällen wird der Versicherungsschutz ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst, ...</b></p> <p>...</p>

## 2. Tarifbedingungen

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

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

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen (701-705, 710-712) bzw. diesem Tarif (709) zu und welche Erstattungsprozeentsätze gelten?</p> <p>... (1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>... j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>... k) Kurbehandlung</p> <p>... l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</p> <p>... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>... (6) 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>... (9) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>...</p>	<p>... § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen (701-705, 710-712) bzw. diesem Tarif (709) zu und welche Erstattungsprozeentsätze gelten?</p> <p>... (1) Ambulante Heilbehandlung</p> <p>... j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung</p> <p>... <b>k) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b></p> <p>l) Kurbehandlung</p> <p>... <b>m) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte</b></p> <p>... § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>... (6) Hilfsmittel</p> <p><b>a) Freier Bezug</b> Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, <b>Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</b></p> <p><b>b) Nach Einbindung des Versicherers</b> 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><b>c) Leihgeräte</b> Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, <b>Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe</b> sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>... (9) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...</p> <p>... <b>(10) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b></p>

<p>10) Kurbehandlung ... 11) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... 12) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... <i>bzw.</i> ... 10) Kurbehandlung ... 11) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>	<p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>11) Kurbehandlung ... 12) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ... 13) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ... <i>bzw.</i> ... 11) Kurbehandlung ... 12) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte ...</p>
--	--

## 2.2 Tarife der 70er Serie für ambulante Heilbehandlung - Tarif 712 (für GKV-Versicherte)

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
<p>... 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang Inhalt dieses Abschnitts: ... 2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie? ... 2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? 2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? 2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? 2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? 2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart? 2.2.12 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten? ... <i>bzw.</i> ... 2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? 2.2.8 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? 2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? 2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? 2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart? ... 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. ... 2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie?</p>	<p>... 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang Inhalt dieses Abschnitts: ... 2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie? <b>2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</b> 2.2.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? 2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? 2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? 2.2.11 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? 2.2.12 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart? 2.2.13 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten? ... <i>bzw.</i> ... 2.2.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? 2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung? 2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? 2.2.11 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? 2.2.12 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart? ... Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.12. ... 2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Psychotherapie? ... <b>2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?</b>  <b>(1) Versicherte Leistung</b> 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).  <b>(2) Leistungsvoraussetzungen</b> Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:  • <b>Unheilbare Erkrankung</b></p>

2.2.7 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.

...

2.2.8 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 für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 Absatz 1 und 2.2.5 bis 2.2.7) gilt auch

...

(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung  
... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.11.

2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurzbehandlung?

...

2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?

...

2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

(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?

...

bzw.

...

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

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.

2.2.8 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.**

...

2.2.9 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 für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 **Absatz 1, 2.2.5, 2.2.6 und 2.2.8**) gilt auch

...

(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung  
... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.12.

2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurzbehandlung?

...

2.2.11 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?

...

2.2.12 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung

...

Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.9 Absatz 2.

...

2.2.13 Unter welchen Voraussetzungen entfallen die Wartezeiten?

...

bzw.

...

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

<p>(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 Absatz 1 und 2.2.5 bis 2.2.7) gilt auch ...</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>2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ...</p> <p>2.2.11 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart? (1) Vereinbarte Selbstbeteiligung ...</p> <p>Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.8 Absatz 2. ...</p>	<p>(1) Aufwendungen für Behandlungen wegen Schwangerschaft und für die Entbindung Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 Absatz 1, <b>2.2.5, 2.2.6 und 2.2.8</b>) gilt auch ...</p> <p>(2) Pauschal-Zahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung ... Wir berücksichtigen bei der Zahlung die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.12.</p> <p>2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Kurbehandlung? ...</p> <p>2.2.11 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart? ...</p> <p>2.2.12 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart? (1) Vereinbarte Selbstbeteiligung ...</p> <p>Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen sowie bei der Pauschal-Zahlung nach Ziffer 2.2.9 Absatz 2. ...</p>
---	---

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

#### Tarif 720

#### 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>g) Krankenhaustagegeld ...</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(7) Krankenhaustagegeld ...</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>g) Krankenhaustagegeld ...</p> <p><b>h) Hospizversorgung 100%</b></p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(7) Krankenhaustagegeld ...</p> <p><b>(8) Hospizversorgung</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p>...</p>

## Tarif 722

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung <small>(Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)</small>
<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>e) Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(5) 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>e) Ergänzend gilt:</p> <p>...</p> <p><b>f) Hospizversorgung</b> <b>100%</b></p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(5) Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>...</p> <p><b>(6) Hospizversorgung</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p>...</p>

## Tarife 73 (730, 731, 732)

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

Bisherige Fassung	Neue Fassung <small>(Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)</small>
<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>...</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>f) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>...</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p> <p>...</p> <p>f) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p><b>g) Hospizversorgung</b></p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p><b>(7) Hospizversorgung</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></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.  
...

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

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

## 2.5 Tarife 2000 für ambulante Heilbehandlung - Tarife 2000, 2030, 2005, 2035

### 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>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(5) Hilfsmittel</p> <p>Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen.</p> <p>Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>(7) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ... ...</p>	<p>§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung ...</p> <p>g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung ...</p> <p><b>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 100%</b></p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>(5) Hilfsmittel</p> <p><b>a) Freier Bezug</b> Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, <b>Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</b></p> <p><b>b) Nach Einbindung des Versicherers</b> 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><b>c) Leihgeräte</b> Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, <b>Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe</b> sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.</p> <p>(7) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft ... ...</p> <p><b>(8) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b></p> <p><b>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</b></p>

...	<p>Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.</p> <p>...</p>
-----	---

## 2.6 Tarife 2000 für stationäre Heilbehandlung - Tarif 2500

### 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) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) Krankenhaustagegeld</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) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p><b>g) Hospizversorgung</b> <b>100%</b></p> <p>...</p> <p>§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?</p> <p>...</p> <p>(6) Krankenhaustagegeld</p> <p>...</p> <p><b>(7) Hospizversorgung</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p>...</p>

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

**Tarife 2007, 2037 für ambulante Heilbehandlung  
 Tarif 722 für stationäre Heilbehandlung  
 Tarif 2305 für zahnärztliche Heilbehandlung  
 und  
 Tarife 2005, 2035 für ambulante Heilbehandlung  
 Tarif 722 für stationäre Heilbehandlung  
 Tarif 2305 für zahnärztliche Heilbehandlung**

**Für Versicherte mit Versicherungs-/Änderungsbeginn  
 - ab 01.01.2012 (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                      ...                      g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung                      ...                      ...                      (2) Stationäre Heilbehandlung                      ...                      d) Ergänzend gilt:                      ...                      ...                      § 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, ...                      ...                      ...                      (2) Stationäre Heilbehandlung                      ...                      d) Schwangerschaft und Entbindung                      ...                      ...</p>	<p>...                      § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?                      ...                      (1) Ambulante Heilbehandlung                      ...                      g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung                      ...  <b>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung                      100 %</b>                      ...                      2) Stationäre Heilbehandlung                      ...                      d) Ergänzend gilt:                      ...  <b>e) Hospizversorgung                      100%</b>                      ...                      § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?                      ...                      (1) Ambulante Heilbehandlung                      ...                      e) Hilfsmittel  <b>aa) Freier Bezug</b>                      Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, ... orthopädische Einlagen, <b>Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.</b>  <b>bb) Nach Einbindung des Versicherers</b>                      Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht von uns bezogen oder beschafft werden können.  <b>cc) Leihgeräte</b>                      Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, <b>Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe</b> sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.                      ...                      g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ...                      ...  <b>h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b>                      Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.                      Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.                      Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.                      ...                      (2) Stationäre Heilbehandlung                      ...                      d) Schwangerschaft und Entbindung                      ...  <b>e) Hospizversorgung</b>                      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> ...
-----	---