

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### **BAN - TARIFE**

#### FÜR BEAMTE IN DER AUSBILDUNG

Die AVB umfassen diese Tarife sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

#### **L e i s t u n g e n d e r D K V <sup>1</sup>**

- 
- 1. Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen**
- 
- 1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.
- Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu
- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
  - zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
  - geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)
- wir nennen Ihnen
- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken
- wir senden Ihnen
- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen
- außerdem bieten wir Ihnen
- Terminvereinbarungen mit Behandlern
  - die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
  - zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
    - die Einschaltung von Spezialisten
    - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
  - individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).
- 1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:
- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
  - ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
  - Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
  - Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
  - Organisation von Auslandsrücktransporten
  - Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

---

<sup>1</sup> Erstattungssätze siehe Nr. 6

## 2. TARIF H

### 2.1 Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

---

**Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit, zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,

Schutzimpfungen,

die von der Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden,

Psychotherapie

(siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)

bis zu	30 Sitzungen	zu	100 %,
von der	31. Sitzung an	zu	80 %,
von der	61. Sitzung an	zu	70 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Krankenpflege
  - bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind,
  - bei Behandlungspflege, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt. Für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege muss außerdem gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung und allgemeine Krankenhausleistungen vereinbart sein.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn

- dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
- eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich (Sicherungspflege), gilt: Wir ersetzen die Aufwendungen für Behandlungspflege wie Verband- oder Katheterwechsel durch geeignete Pflegekräfte.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- Haushaltshilfe

bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägere bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschlag ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

■ **Kurzzeitpflege**

bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag<sup>2</sup>.

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2.1 Punkt 3 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

**Wir ersetzen nicht:** Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

■ **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

■ **Leistungen des Heilpraktikers**

nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebÜH liegt.

■ **Arznei- und Verbandmittel**

(siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).

■ **Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,**

soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

■ **Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, des Ergotherapeuten, des Podologen, des medizinischen Fußpflegers und ernährungs-therapeutische Maßnahmen gemäß § 4 Abs. 3.2 c) AVB,**

soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.<sup>3</sup>

■ **Leistungen des Logopäden und anderer Angehöriger der zur Durchführung von Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen staatlich anerkannten therapeutischen Berufe,**

soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.<sup>4</sup>

■ **Hilfsmittel**

(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB).

<sup>2</sup> Höchstbetrag 1.612 Euro (Stand: 1. Oktober 2021)

<sup>3</sup> Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

<sup>4</sup> Siehe Fußnote 3

---

## 2.2 Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

---

### Erstattungsfähig sind

- bei den mit "Unfall" bezeichneten Leistungen jedoch nur dann, wenn sie auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist -

Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen

einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR),

bei Unfall: Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytischer, funktionstherapeutischer und implantologischer Leistungen, kieferorthopädischer Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- bei Unfall: Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen<sup>5</sup> Preise berechnet sind.

Wir empfehlen Ihnen, bei den mit "Unfall" gekennzeichneten Leistungen vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

## 3. TARIF P

---

### 3.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen, hierzu zählen nicht: Wahlleistungen wie zum Beispiel die gegen einen Zuschlag erhältliche besondere Unterkunft, die gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte (wahlärztliche); belegärztliche<sup>6</sup> Leistungen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

### 3.2 Ambulante Entbindung

---

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt.

Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 511,29 EUR.

## 4. TARIF R

---

### 4.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.<sup>7</sup>
- Wahlärztliche<sup>8</sup> und belegärztliche<sup>9</sup> Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

---

<sup>5</sup> Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

<sup>6</sup> Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

<sup>7</sup> Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

<sup>8</sup> gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

<sup>9</sup> Siehe Fußnote 6

- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

#### 4.2 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld.

Das Tagegeld ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 30,68 EUR (Beispiel Tarifstufe 30 R: 30 % von 30,68 EUR = 9,20 EUR).

#### 4.3 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt. Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 613,55 EUR.

### 5. TARIF EBE

#### 5.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

**Erstattungsfähig** sind die nicht beihilfefähigen Mehraufwendungen für die Unterkunft im Einbettzimmer (Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Ein-/Zweibettzimmer).

#### 5.2 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 20,45 EUR.

### 6. Erstattungssätze

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2, 3, 4 und 5 geben, werden ersetzt:**

		<b>nach Tarifstufe</b>	
		<b>20H</b>	<b>30H</b>
bei	ambulanter Heilbehandlung	zu	20 %    30 %
bei	unfallbedingten Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen), funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen, kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen	zu	20 %    30 %
bei	unfallbedingten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, unabhängig von den zugrundeliegenden zahnärztlichen Leistungen	zu	15 %    22,5 %
bei	sonstigen erstattungsfähigen zahnärztlichen Leistungen	zu	20 %    30 %
		<b>nach Tarifstufe</b>	
		<b>20P</b>	<b>30P</b>
		<b>20R</b>	<b>30R</b>
bei	stationärer Heilbehandlung	zu	20 %    30 %
		<b>nach Tarif</b>	
		<b>EBE</b>	
		zu	100 %

Den vereinbarten Erstattungsprozentsatz nennt bei den Tarifen H, P und R die Tarifstufe; zum Beispiel werden aus Tarifstufe 30 H für ambulante Heilbehandlung, aus Tarifstufe 30 R für stationäre Heilbehandlung je 30 % erstattet.

## **L e i s t u n g e n   d e s   V e r s i c h e r u n g s n e h m e r s**

---

### **7.    Monatliche Beitragsraten**

---

- 7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 7.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 7.3 Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24. bzw. 29. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

## **S o n s t i g e s**

---

### **8.    Wartezeiten**

---

Alle Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

---

### **9.    Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende**

---

- 9.1 Versicherungsfähig sind:
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (Anwärter, Referendare), die Anwärterbezüge - also keine Dienstbezüge - erhalten,
  - nicht berufstätige, bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der bei der DKV nach BAN-Tarifen versicherten Beamten im Vorbereitungsdienst,
- sofern bei Versicherungsbeginn das 33. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.
- 9.2 Die Versicherung nach BAN-Tarifen endet
- außer in den Fällen der §§ 13 bis 15 AVB - mit Ablauf des Monats, in dem
  - a) die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist,
  - b) die Ausbildung vorzeitig aufgegeben bzw. um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
  - c) der Anwärter oder Referendar das 34. Lebensjahr vollendet,
  - d) für die Versicherung nach den Tarifen H, P; R, EBE die Höchstvertragsdauer von fünf Jahren erreicht ist.
- Gleichzeitig endet dann auch für Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die Versicherung nach BAN-Tarifen.
- Den Eintritt des Beendigungsgrundes nach Nr. 9.2 a oder b teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten schriftlich mit.
- 9.3 Fällt Tarif R fort, endet auch die Versicherung nach Tarif EBE.

---

### **10.   Fortführung der Versicherung**

---

- 10.1 Besteht nach Eintritt des Beendigungsgrundes weiterhin Beihilfeanspruch, haben die versicherten Personen innerhalb von sechs Monaten das Recht, ihre Versicherung nach anderen Quotentarifen der DKV - Spezialtarife für Beihilfeberechtigte - in entsprechenden Tarifstufen fortzuführen, wenn nach diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Fortführung der Versicherung nach Quotentarifen erfolgt dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten. Der Beitrag wird nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter (Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr der Fortführung) festgesetzt.
- 10.2 Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, richtet sich die Fortführung der Versicherung nach Nr. 11.

Hinweis:

Die Versicherung nach den BAN-Tarifen H und R bzw. H und P wird auf Antrag des Versicherungsnehmers in den Tarif UNI umgestellt, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind, sich unmittelbar an die abgeschlossene Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Abschluss die Umstellung der Versicherung in Tarif UNI beantragt wird. Die Umstellung erfolgt dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.  
(Einen Tarifteil, aus denen die Leistungen etc. hervorgehen, senden wir Ihnen auf Anforderung zu.)

---

## 11. Anpassung des Versicherungsschutzes

---

### 11.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird

- bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes der Versicherungsschutz im Rahmen der BAN-Tarife,
- bei Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person der Versicherungsschutz im Rahmen anderer, für den Neuzugang geöffneter Krankheitskostentarife

angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach einer dieser Änderungen beantragt. Sie soll wirksam werden zum Beginn des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird der Antrag nicht spätestens in dem Monat gestellt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird, dann wird die Änderung zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Beihilfeänderung folgt.

Der Versicherungsschutz wird nur soweit angepasst, dass er die Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person ausgleicht, ohne im Übrigen das Niveau des Schutzes zu verbessern (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses).

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann - auch für laufende Versicherungsfälle - ohne Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

### 11.2 Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

kann die DKV den Versicherungsschutz - auch für laufende Versicherungsfälle - zum Beginn des zweiten Monats (auf Wunsch des Versicherungsnehmers schon zum Beginn des ersten Monats) nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Der Versicherungsnehmer teilt der DKV die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich schriftlich mit.

### 11.3 Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

---

## 12. Begrenzung der Versicherungsleistung

---

Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.