

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Muster- und Tarifbedingungen

für die

Krankheitskostenversicherung

(ausgenommen Tarife BBN, BZN, PSKV, PSKV Spezial, ST)

und für die

Krankenhaustagegeldversicherung

Die AVB umfassen

Musterbedingungen 1994 - MB/KK 94 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung] in diesem
Tarifbedingungen der Deutschen Krankenversicherung (*Schrägschrift*)] Druckstück*

Tarife

in gesonderten Druckstücken

* in gesondertem Druckstück:

Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (nach § 1 Abs. 2 ba und § 4 Abs. 1.1)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

Zu Abs. 2 b

Tarife Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial: siehe auch Nr. 1.1.5 Tariffteil der AVB

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Zu Abs. 4

Tarif AM 7: an Stelle von Abs. 4 gelte, Nr. 3 und 6 Tariffteil der AVB

Tarif AM 8: an Stelle von Abs. 4 gelte, Nr. 4 und 7 Tariffteil der AVB

ba) die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (nicht bei Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung),

Tarif BAT (B141): siehe auch Nr. 1.4 und 3 Tariffteil der AVB

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

2.1 Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung werden im Falle der Versicherung nach § 2 Abs. 2 aus der Krankheitskostenversicherung erstattet; aus der Krankenhaustagegeldversicherung wird dann im Rahmen des vereinbarten Tagessatzes insoweit geleistet, als Aufwendungen ungedeckt bleiben.

Tarif BAT (B141): siehe auch Nr. 2 und 5 Tariffteil der AVB

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Tarife BER, BET: siehe auch Nr. 2 und 7 Tariffteil der AVB

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Tarife BTB, K 95: siehe auch Nr. 3 und Nr. 3.1 Tariffteil der AVB

4.1 Abweichend von Abs. 4 erstreckt sich der Versicherungsschutz bei den M-Tarifen*, den B-Tarifen, den H-Tarifen* (* ausgenommen Kombinationen mit DKV-Tarifen 80), dem Tarif GST, den Ergänzungstarifen AM 9 und SM 9, dem Krankenhaustagegeldtarif KM sowie den Kurtarifen G 25 und KUR ohne besondere Vereinbarung auch auf Heilbehandlungen während eines länger als einen Monat dauernden vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland.

Tarife Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial: an Stelle von Abs. 4 gelten Nr. 1.1.5 und Nr. 1.2 Tariffteil der AVB

5. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versi-

Zu Abs. 5

Tarif K 95: siehe auch Nr. 10 Tariffteil der AVB

versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.1 Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.

3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Zu Abs. 2 u. Abs. 3

Tarif AM7: siehe auch Nr. 6 Tarifteil der AVB; Tarif GST, K2B bzw. ZEV: es gilt Nr. 8 bzw. Nr. 4 Tarifteil der AVB; Tarife Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial: siehe auch Nr. 1.2.4 Tarifteil der AVB; Tarife EA 1, EA 2: siehe auch Nrn. 5 und 8 Tarifteil der AVB

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

4.1 Die allgemeine Wartezeit kann erlassen werden, wenn dies auf einem besonderen Vordruck des Versicherers beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird.

5. Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Zu Abs. 2 Satz 2 u. Abs. 4

Tarife Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial: es gilt Nr. 1.1.5 Tarifteil der AVB

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

1.1 Art und Höhe der Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung ergeben sich aus den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (vgl. § 1 Abs. 2 ba) (Anlage).

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

2.1 Bei Psychotherapie wird unter der Voraussetzung des Abs. 7 geleistet, wenn zur Psychotherapie ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychiater und Psychotherapeut
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Psychotherapie oder Psychoanalyse

oder ein in eigener Praxis tätiger und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler.

2.2 Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächsterreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

2.3 Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten in den Tarifen auch dann als Leistungen des Zahnarztes, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind. Sie sind nicht Gegenstand der Tarife für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Tarif BAT:
siehe auch
Nr. 3 (B141)
bzw. Nr. 5
(B153) Tarif
teil der AVB

3.1 Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badesätze gelten nicht als Arzneimittel.

3.2 Als Heilmittel gelten

- physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte und medizinische Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlung, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden ist.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

3.3 Als Hilfsmittel gelten,

soweit im Tarif nicht anders geregelt:

- Bandagen, Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 51,13 EUR (ab 15. Lebensjahr frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Brille), Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädische Maßschuhe, und zwar der Teil der Aufwendungen, der 71,58 EUR (bis zum 15. Lebensjahr 43,46 EUR) übersteigt, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),
- Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Absauggeräte, Pulsoximeter, Inhalationsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusionspumpen, Ernährungspumpen, elektronische Lesehilfen, Blindenstock, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), wenn und soweit der Versicherer vor dem Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Nach Möglichkeit werden diese Hilfsmittel vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen. Nicht mehr benötigte Hilfsmittel gemäß b) sind auf Verlangen an den Versicherer herauszugeben.

Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (zum Beispiel Heizkissen, Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Tarife AM 7,
AM 8, AZT,
AZS, BER,
BET, BAT: a
Stelle von
Abs. 3.3 gilt
bei AM 7,
AM 8, AZT,
BER Nr. 1,
bei AZS Nr.
bzw. bei
BET, BAT
Nr. 1.3 Tarif
teil der AVB

Tarife Komf-
fort, Komfo
Plus, Komfo
Spezial: an
Stelle von
Abs. 3.3 gilt
Nr. 2.2 Tarif
teil der AVB.

Tarife BTB,
K 95, K2B,
AD 1, BSK,
BSO, AH 0,
AH 2 bis 4,
AM 0 bis 4,
GST, BS 1:
siehe Tarife
der AVB

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

7. Bei ambulanter und bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

8. Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Absätze 4 bis 7 entsprechend. Teilstationäre Behandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.

9. Sonderregelung der Selbstbeteiligung (SB) bei Umwandlung zum 1. Januar:

Führt die Umwandlung zur Herabsetzung oder zum Fortfall der SB, dann gilt während der Wartezeiten die SB des bisherigen Tarifs.

10. Sonderregelung der Selbstbeteiligung (SB) bei Umwandlung zum 1. Februar oder später:

a) Herabsetzung oder Fortfall der SB:

Für Kosten vor Umwandlung und während der Wartezeiten bleibt die bisherige SB unverändert. Sieht der neue Tarif eine niedrigere SB vor, so mindert sich diese anteilig: für jeden fehlenden Monat der Laufzeit wird 1/12 abgezogen. Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt höchstens die bisherige SB.

b) Erhöhung der SB:

Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt eine SB, die sich aus anteilig geminderter bisheriger und anteilig geminderter neuer SB zusammensetzt. Für Kosten vor Umwandlung gilt aber der unveränderte bisherige SB-Höchstbetrag.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

ba) Für eine erstmalige Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, werden die tariflichen Leistungen gewährt, wenn der Versicherer dies

vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit sie bei allgemeinen Krankenhausleistungen eine Kostenersatzfunktion hat und die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht überschritten werden.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

da) Abweichend von Abs. 1 d) werden Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus aus der Krankheitskostenvollversicherung (nicht aus Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) erstattet, wenn und soweit die DKV dies vorher schriftlich zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt.

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

ea) Die vorstehende Einschränkung entfällt.

f) (entfallen)

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden dem Eigentümer des Versicherers.

1.1 Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Versicherer den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

1.2 Rechnungen müssen enthalten: den Namen der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitsbezeichnungen.

Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen. Beim Folgebezug einer Brille wegen veränderter Sehschärfe genügt die Angabe des Brechkraftwertes in der Optikerrechnung.

1.3 Für die Zahlung des Krankenhaustagegeldes ist eine Bescheinigung der Krankenanstalt erforderlich, aus der Beginn und Ende der stationären Behandlung sowie die Krankheitsbezeichnungen hervorgehen.

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).

3. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

4.1 Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs, Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6.1 Soweit die DKV in einer für die versicherte Person ausgehändigten DKV-Card für Privatversicherte die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt garantiert, gilt das Abtretungsverbot nicht. Ist bei Tarif BS 1 ein Behandlungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Weiter gilt das Abtretungsverbot nicht, sofern auf Wunsch des Versicherungsnehmers im Sinne der Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz erfolgt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
 - 1.1 Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der monatlichen Beitragsrate zu zahlen.
Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in Tarifen geregelt sind, auf Vertragsmonate abstellen.*
- Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
 - 2.1 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.*
 - 2.2 Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten im Lastschriftverfahren bietet der Versicherer einen Beitragsnachlass von
3 % bei einer Vorauszahlung für 12 Monate,
2 % bei einer Vorauszahlung für 6 Monate.*
- Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Tarife Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial: an Stelle von Abs. 1 und Abs. 2 gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB

Tarif K 95: siehe auch Nr. 10. 1 b) Tarifteil der AVB

§ 8b Beitragsanpassung

- Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
 - 1.1 Der Prozentsatz nach Abs. 1 Satz 3 beträgt 10. Ergibt die Gegenüberstellung nach Abs. 1 Satz 2 eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.*

§ 8b gilt nicht für die Beamtenanwärtartarife BA (B133), BAN-Tarife (B140) u. Tarif BAT (B141) mit Zugang vor 1.4.97

Tarife Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial: an Stelle von § 8b gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 8c Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers)

1. Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherungsnehmer für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
2. Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, wenn
 - a) aus ihrer Versicherung für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind,
 - b) ihre Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des Folgejahres noch immer besteht. Der Anspruch bleibt erhalten, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres durch Eintritt der Pflichtversicherung oder Tod endet.
3. Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
4. Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.

§ 9 Obliegenheiten

Tarife BSK,
BSO: siehe
auch Nr. 7
Tarifteil der
AVB

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Tarife BTB,
K 95 bzw.
BSO: siehe
auch Nr. 7,
Nr. 9 bzw.
Nr. 6 Tarifteil
der AVB

6.1 Die Erhöhung einer andernweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Tarif K 95
bzw. BSO:
siehe auch
Nr. 9 bzw.
Nr. 6 Tarifteil
der AVB

1. Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
 - Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.*
 - Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.*
- Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Tarif NK:
siehe Tarif-
teil der AVB

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
 - Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn Tarife versichert sind, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen.*
- Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
 - Bei nachträglicher Erhöhung des Krankenhaustagegeldes kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Erhöhung entsprechend Abs. 2 bis zum Ende des dritten Versicherungsjahres nach dem Umwandlungstermin kündigen.*
- Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Tarife SD 9,
SM 9, L, ELE,
AOP, EA 1,
EA 2: siehe
Tarifteil der
AVB

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
 - Als Tätigkeitsgebiet im Sinne der AVB gilt Deutschland. Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung gemäß Abs. 3 Satz 1 zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug in einen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes beantragt wird. Die Annahme des Antrages kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Bei nur vorübergehendem Wegzug kann der Versicherungsnehmer verlangen, das Versicherungsverhältnis im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.*

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17 Klagefrist / Gerichtsstand

1. Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zurzeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
3. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
 - a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

2. Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
3. Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
4. Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c SGB V (Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

(1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablaufe eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zurzeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfeszatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
 - 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die
voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen², soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, denen die in Fußnote 2 genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen und die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (keine Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein?

1. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient (d.h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung³ notwendig ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt
 und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Muster- und Tarifbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (ausgenommen Tarife BBN, BZN, PSKV, PSKV Spezial, ST) und für die Krankenhaustagegeldversicherung (B 110)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Beihilfe Basistarif (BBN) Beihilfe Zusatztarif (BZN) für die neuen Bundesländer und den Ostteil Berlins (BD 110)

³ Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen.
Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
2. Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung⁴ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
3. Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen.
Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
4. Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen "Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V" verfügen.⁵

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

2. Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwendungsersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.
Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

⁴ Ambulante Hospizdienste erbringen Ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

⁵ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis: Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen "Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI" verfügt.
Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw. teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.
Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

1. Soweit beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

2. Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁶ erstattungsfähig.
3. Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.
4. Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherer Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der "Rahmenvereinbarung nach § 39 a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.", in der jeweils gültigen Fassung.⁷

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

⁷ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

1. Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Aufwendungsersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.
2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.