

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ERGÄNZUNGSTARIFE AM 9 UND SM 9

FÜR GKV-VERSICHERTE

- AM 9:
- FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN
 - AMBULANTE UND ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG
 - ENTBINDUNG
- SM 9:
- STATIONÄRE BEHANDLUNG
 - ENTBINDUNG

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

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.

Leistungen der DKV¹

1. TARIF AM 9

1.1 Ambulante Heilbehandlung², Früherkennung, Entbindung

1.1.1 **Erstattungsfähig** sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

¹ Erstattungssätze: siehe 1.1.2, 1.2.2, 2.1.2 bzw. 4.3

² Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind nicht erstattungsfähig.

- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Krankenpflege bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn 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

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 Verschwägte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 EUR pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschlag.

- Kurzzeitpflege

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. 1.1.1 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 Heilpraktikers³
nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebÜH liegt.
- 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 ernährungstherapeutische Maßnahmen gemäß § 4 Abs. 3.2 c) AVB,
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- 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.⁴
- Hilfsmittel
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB).

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die gemäß § 13 Abs. 2 Satz 10 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten, nicht jedoch die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen gemäß SGB V sowie Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

- 1.1.2 **Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu** **100 %**,
- bei Leistungen für Haushaltshilfe zusammen mit der Leistung der GKV höchstens 15 EUR pro Stunde und 90 EUR pro Tag,**
bei Leistungen für Kurzzeitpflege zusammen mit der Leistung der GKV höchstens bis zu dem nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag⁵,
- die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, zu** **70 %**,
- die erstattungsfähigen Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers zu** **50 %**
- ersetzt.**

1.2 Zahnärztliche Heilbehandlung⁶, Früherkennung

1.2.1 **Erstattungsfähig** sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich
 - gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
 - Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR),
 - Zahnkronen,
 - Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken),
 - funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
 - Kieferorthopädie,

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

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

³ Die GKV leistet bei Behandlung durch Heilpraktiker nicht.

⁴ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁵ Höchstbetrag 1.774 EUR (Stand: 1. Januar 2022)

⁶ Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind nicht erstattungsfähig.

- Heil- und Kostenplan.

Wir empfehlen Ihnen, bei den oben einzeln genannten zahnärztlichen Leistungen (die Vorsorgeuntersuchung ausgenommen) vor der eigentlichen Behandlung eine Kopie des für die GKV bestimmten Heil- und Kostenplans des Zahnarztes mit Angaben der GKV über ihre voraussichtliche Leistung vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die gemäß § 13 Abs. 2 Satz 10 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten, nicht jedoch die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen gemäß SGB V sowie Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

1.2.2 Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

**100 %,
50 %** **höchstens jedoch bis
des Rechnungsbetrages,**

ersetzt.

2. TARIF SM 9

2.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

2.1.1 **Erstattungsfähig** sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufwendungen für:

- Mehrkosten der Unterkunft Zwei- oder Einbettzimmer⁷.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁸ und belegärztliche⁹ Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

2.1.2 **Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.**

2.2 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 511,29 EUR gezahlt.

2.3 Ambulante Operation

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale in Höhe von 200 EUR gezahlt.

Als ambulante Operationen gelten die in dem umfangreichen Verzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/3) aufgeführten Leistungen. Dazu zählen z.B. die Entfernung der Rachenmandeln und die Entfernung der Nasen-/Kehlkopfpolyphen.

Keine Pauschale wird gezahlt

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

⁷ Differenzbetrag zwischen den berechneten Kosten (für allgemeine Krankenhausleistungen sowie Unterkunftszuschlag für Zwei- oder Einbettzimmer) und der Pflichtleistung der GKV, ausgenommen die von der GKV verlangte Zuzahlung (häusliche Ersparnis Erwachsener).

⁸ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁹ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

2.4 Krankenhaustagegeld

Werden weder gesondert berechenbare Unterkunft noch wahl- oder belegärztliche Leistungen in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld:

nach Vollendung des 14. Lebensjahres	25,56 EUR,
vorher	15,34 EUR.

Leistungen des Versicherungsnehmers

3. Monatliche Beitragsraten

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

Sonstiges

4. Vorrang der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- 4.1 In die Tarife AM 9 und SM 9 kann aufgenommen werden, wer in der GKV versichert ist.
- 4.2 Die DKV ist zur Leistung nach 1.1 (Ausnahme: Heilpraktiker), 1.2 und 2.1 nur verpflichtet, wenn zuvor die GKV ihre Leistung erbracht hat.
- 4.3 Endet die Versicherung bei der GKV oder lehnt die GKV während der Dauer der Versicherung nach AM 9 / SM 9 ihre Leistung ab, leistet die DKV, sofern sie nach den AVB verpflichtet ist:

nach Tarif	für	Erstattungs- prozentsatz
■ AM 9	Aufwendungen nach 1.1 (ausgenommen 1.1.1 Punkte 4 und 5) und 1.2	50 %,
	Aufwendungen nach 1.1.1 Punkt 4	50 %, höchstens 7,50 EUR pro Stunde bzw. 45 EUR pro Tag,
	Aufwendungen nach 1.1.1 Punkt 5	50 %, höchstens 887 EUR.
■ SM 9	Unterkunftszuschlag Zwei- oder Einbettzimmer,	100 %,
	neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät,	100 %,
	Leistungen nach 2.2, 2.3 und 2.4	100 %,
	folgende Aufwendungen nach 2.1: wahlärztliche und belegärztliche Leistungen,	60 %,
	Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus	60 %.

- 4.4 Die Beendigung der GKV-Versicherung ist der DKV innerhalb von zwei Monaten nachzuweisen. Dabei kann der Versicherungsnehmer beantragen, die Versicherung in normale, für den Neuzugang geöffnete Krankheitskosten- und/oder Krankenhaustagegeldtarife umzustellen. Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt die DKV den Antrag ohne Risikoprüfung an.
- 4.5 Die Regelungen zu SM 9 in 2.1 bis 2.4 (Tarifleistungen) und 4.1 bis 4.4 (Vorrang der Leistung der GKV) gelten entsprechend, wenn ein den Leistungen der GKV vergleichbarer Versicherungsschutz für Krankenhausbehandlung besteht.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

In bestimmten Fällen leistet die gesetzliche Krankenversicherung nicht bei Behandlung im Ausland. Dann ist Ihr Versicherungsschutz nach den Tarifen AM 9 und/oder SM 9 eingeschränkt (vgl. 4.3).

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, rechtzeitig vor Antritt der Auslandsreise Ihre Krankenkasse zu fragen bzw. gleich bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist, sagt Ihnen unsere Geschäftsstelle oder die Hauptverwaltung in Köln.