

**Gültig ab 01. März 2019**

## **Teil III Tarif AKU - Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Komfortschutz**

**gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

### **Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

### **Versicherungsleistungen**

#### **1. Medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung**

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattung von Aufwendungen setzt voraus, dass die versicherte Person bei ihrer Krankenkasse anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wählt. Wird Kostenerstattung nicht gewählt oder werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V sind nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.1 Ärztliche Heilbehandlung. Als Arzt gilt auch ein Arzt für Naturheilverfahren.  
Aufwendungen für Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nicht erstattungsfähig.
- 1.2 Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch homöopathische Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel (ausgenommen bei Schwangerschaft oder bei einem durch eine Grunderkrankung – z.B. Enzymmangelkrankung, Mukoviszidose – bedingten Vitamin- oder Mineralstoffmangel) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonceptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
- 1.3 Heilmittel, soweit sie von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.  
Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der jeweils gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Eine aktuelle Liste des Heilmittelverzeichnisses der Bundesbeihilfeverordnung finden Sie unter

[www.wuerttembergische.de/go/media/Heilmittel-Verzeichnis](http://www.wuerttembergische.de/go/media/Heilmittel-Verzeichnis).

Sie können das Heilmittelverzeichnis auch bei der Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart; Vertragsservice Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice Tel.-Nr. 0711/662722112; E-Mail [kranken@wuerttembergische.de](mailto:kranken@wuerttembergische.de) anfordern.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60,00 EUR pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Angehörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

- 1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit.

Sehhilfen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe bei einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Operative Maßnahmen: Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro je Auge erstattungsfähig, sofern die Sehschwäche nicht durch eine andere Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) ausgeglichen werden kann. Der Nachweis, dass diese Voraussetzung vorliegt, ist vom Versicherungsnehmer zu erbringen.

- 1.5 Medizinisch notwendige Hilfsmittel.

Hilfsmittel sind über den Vertragspartner der Krankenkasse zu beziehen. Von der GKV nicht übernommene Aufwendungen (Mehrkosten) werden zu 100% ersetzt. Kann ein Hilfsmittel nicht über die Krankenkasse bezogen werden oder beteiligt sich die GKV nicht an den Kosten, werden die Aufwendungen ersetzt, wenn das Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer beschafft und zur Verfügung gestellt wird oder das Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers beschafft wird.

- 1.6 Ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme / des Entbindungspflegers handelt und diese im Rahmen der dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen.
- 1.7 Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.
- 1.8 Häusliche Krankenpflege (dies sind medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes, wie z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) außer für hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege gelten entsprechend.
- 1.9 Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch

Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich waren.

- 1.10 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt.

## **2. Ambulante Psychotherapie**

Erstattungsfähig nach Abzug der Vorleistung der GKV sind 80 % der verbleibenden Aufwendungen für Psychotherapie. Ersetzt werden ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten, bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Erbringt die GKV keine Leistung, werden Aufwendungen nicht ersetzt.

### **Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten**

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

### **Einreichen von Kostenbelegen**

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt sein. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, ist dies auf dem Kostenbeleg zu bestätigen.

### **Anpassung von Versicherungsleistungen**

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Ärzte, die unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes AKU haben, passt der Versicherer die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 MB/KK den veränderten Verhältnissen an.

Der Versicherer passt nach Maßgabe von § 18 MB/KK auch tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen oder das dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnis an die Preisentwicklung an.

### **Beiträge**

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0 -15) und Jugendliche (Altersgruppe 16 - 20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).