

Teil III Tarif AGU - Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Grundschutz

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 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.

A. Die Aufwendungen für Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.8 und 2. sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn nach Beginn der Versicherung in Tarif AKG oder Tarif AGU

- a) erstmals eine der unter F. aufgeführten schweren Erkrankungen gesichert ärztlich diagnostiziert wird,
- b) die versicherte Person unverzüglich zum nächstmöglichen, satzungsgemäßen Wirksamwerden bei ihrer Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wählt,
- c) dem Versicherer der Anspruch und der Beginn der Kostenerstattung nachgewiesen wird.

Ab diesem Zeitpunkt besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen unabhängig vom Fortbestehen der schweren Erkrankung.

Liegen die Voraussetzungen nach a) bis c) vor, werden die Aufwendungen auch bis zum satzungsgemäßen Wirksamwerden der Kostenerstattung zu 100% erstattet, sofern Ärzte mit Kassenzulassung gewählt werden.

B. Der Erstattungsbetrag ist auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt, wenn

- a) Kostenerstattung nicht gewählt wird oder
- b) bestehende Ansprüche auf Kostenerstattung gegenüber der GKV nicht geltend gemacht werden oder
- c) die GKV nur deshalb keine Leistung erbringt, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde.

C. Erstattet werden auch die im Rahmen der Kostenerstattung von der GKV in Abzug gebrachten Zuzahlungen sowie Verwaltungskosten und Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V sind nicht erstattungsfähig.

D. Aufwendungen nach Ziffer 1.9 werden auch ohne Vorliegen einer schweren Erkrankung und ohne Wahl von Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V ersetzt, sofern die Vorsorgeuntersuchung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und abgerechnet werden kann.

E. Soweit eine der aufgeführten Diagnosen noch nicht gesichert gestellt werden konnte (Verdachtsdiagnose), kann die versicherte

Person zum Zweck der Bestätigung oder dem Ausschluss der schweren Erkrankung einen Facharzt aufsuchen, ohne dass zuvor Kostenerstattung gewählt werden muss. Kann die Untersuchung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden, ersetzt der Versicherer die Aufwendungen für diese Untersuchung zu 100%.

F. Schwere Erkrankungen sind:

- Herzinfarkt,
- Schlaganfall (Hirninfarkt, Hirnschlag, Schlag, Apoplex, zerebraler oder apoplektischer Insult). Nicht als Schlaganfall gilt die transitorische ischämische Attacke (TIA Stadium II),
- bösartiger Tumor bzw. Krebs einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und / oder des Knochenmarks. Krebsvorstufen wie das Oberflächenkarzinom DCIS sind keine Krebserkrankungen,
- insulinpflichtiger Diabetes,
- AIDS bzw. positive HIV-Mehrfachtestungen,
- Leber- oder Nierenversagen mit Dialysepflicht,
- Aufnahme in eine Transplantationsliste,
- Amputation,
- schwere Verbrennung - eine schwere Verbrennung liegt vor, wenn infolge der Verbrennung die Entfernung von geschädigtem Gewebe erforderlich wird,
- Koma / künstliches Koma - es liegt keine schwere Erkrankung im Sinne dieses Tarifs vor, wenn Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch die Ursache für das (künstliche) Koma ist,
- traumatisch bedingte Querschnittslähmung,
- Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung),
- schweres Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades (Glasgow-Coma-Scale-Score ≤ 8).

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 Ambulante psychotherapeutische Behandlungen **zur Krisenintervention** bis zu 30 Sitzungen je Versicherungsfall im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie oder einen im Arztregister eingetragenen und in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- 1.3 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 Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

- 1.4 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.

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 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.

- 1.5 Medizinisch notwendige Hilfsmittel.

Hilfsmittel sind über den Vertragspartner der Krankenkasse zu beziehen. Von der GKV nicht übernommene Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel 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. Sofern sich die GKV nicht an den Kosten beteiligt oder Hilfsmittel nicht über die Krankenkasse bezogen werden kann, ist dies unter Nennung der Gründe nachzuweisen.

Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen) und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind nicht erstattungsfähig.

- 1.6 Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.
- 1.7 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.
- 1.8 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.
- 1.9 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt. Hierzu gehören auch medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gelten.

2. Ambulante Psychotherapie

Unabhängig von den Leistungen nach 1.2 sind nach Abzug der Vorleistung der GKV verbleibende Aufwendungen für Psychotherapie zu 80 % erstattungsfähig. 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 unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes AGU 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).