

Tarif ASZG

für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

I. Versicherungsleistungen

Die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante Heilbehandlung sowie für Zahnbehandlung werden zu 100 % erstattet; Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie werden zu 80 % (in Ausnahmefällen zu 60 %, siehe Nummer 2.2.) erstattet.

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1. Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Hebammenhilfe, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

1.2. Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

1.3. Heilmittel

Als Heilmittel gelten:

Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art.

1.4. Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich:

1.4.1. Hörgeräte; Sprechgeräte; Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel; Bandagen; Orthesen und Prothesen, jeweils in funktionaler Standardausführung; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden und Gummistrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Kunstaugen und sonstigen Körperersatzstücke, CoaguCheck-Systeme (Gerinnungsmonitore), Insulinpumpen, Medikamentenpumpen und Absauggeräte; Heimdialysegeräte, Rollatoren und Krankenfahrstühle.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur dieser Hilfsmittel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter für Säuglinge werden bei bestehender medizinischer Notwendigkeit vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

1.4.2. Sehhilfen.

Diese werden bis zur Höhe von 260 EUR erstattet. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 24 Monaten entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

1.5. Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen, die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder durch psychologische Psychotherapeuten, die neben ihrer Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung eine Kassenzulassung erhalten haben, erbracht werden. Die Leistungen sind auf 50 Sitzungen pro Kalenderjahr begrenzt.

1.6. Ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker

Erstattet werden alle im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmitteln und Wegegebühren im Rahmen des GebüH sowie Arznei- und Verbandmittel.

Werden derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt, besteht ein Leistungsanspruch in gleichem Umfang.

Die Tarifbedingungen zu § 4 (2) MB/KK 2009 sowie § 4 (6) MB/KK 2009 finden für diesen Leistungsbereich keine Anwendung.

Aufwendungen für Psychotherapie sind unter den Voraussetzungen der Nummer 1.5. erstattungsfähig.

1.7. Ambulante Heilbehandlung sowie Verordnungen nach Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Medizin) durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heil- und Arzneimitteln bei Behandlungen sowie Verordnungen nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) durch Ärzte. Als solche gelten Verrichtungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) oder dem Leistungsverzeichnis für die selbstständigen Angehörigen der Heilberufe (Hinweis Nr. 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV)) aufgeführt sind.

Darüber hinaus werden auch die Aufwendungen für folgende ärztliche Leistungen einschließlich der dazugehörigen Heil- und Arzneimittel bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der jeweils geltenden GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen:

Akupunktur, antihomotoxische Medizin, Elementartherapie, Enzymtherapie, Hydrotherapie, mikroökologische Therapie, Neuraltherapie, orthomolekulare Medizin, physikalische Therapien, Sauerstofftherapien und traditionelle chinesische Medizin.

Die Tarifbedingungen zu § 4 (2) MB/KK 2009 sowie § 4 (6) MB/KK 2009 finden für diesen Leistungsbereich keine Anwendung.

2. Zahnärztliche Behandlung

2.1. Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Einlagefüllungen), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

2.2. Zahnersatz, Kieferorthopädie

Als Zahnersatz gelten:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers^{*)} aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis abändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sicherzustellen.

Zu Beginn der Versicherung gelten folgende Rechnungshöchstbeträge für Zahnersatz und Kieferorthopädie:

Höchstsatz bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres		770 EUR
Höchstsatz bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres	insgesamt	1.540 EUR
Höchstsatz bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres	insgesamt	2.310 EUR
Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres	insgesamt	3.070 EUR
ab dem 5. Versicherungsjahr	unbegrenzt	

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, so entfallen diese Höchstsätze.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

II. Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen gemäß Abschnitt I. in Anspruch genommen, so erhält der Versicherungsnehmer für diese Person eine Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen in Höhe der Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags.

Somit zahlt die versicherte Person ab Versicherungsbeginn nur die Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags, solange Leistungsfreiheit gemäß Abschnitt I. besteht.

Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Abschnitt I. in Anspruch, so ist für 24 Monate der volle tarifliche Zahlbeitrag zu entrichten, beginnend am 01. des Monats, der auf die Leistungsabrechnung gemäß Tarif ASZG folgt.

Werden Leistungen gemäß Abschnitt I. für zwei unmittelbar folgende Versicherungsjahre in Anspruch genommen, beträgt die Zahlungsdauer für den vollen tariflichen Zahlbeitrag 36 Monate.

Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen gemäß Abschnitt I. verlängert sich die Zahlungsdauer für den vollen tariflichen Zahlbeitrag um jeweils 12 Monate.

Endet der Versicherungsschutz nach Tarif ASZG während der Dauer der vollen Beitragszahlung, so werden die bis zum Ende der vollen Beitragszahlungsdauer noch ausstehenden hälftigen tariflichen Zahlbeiträge sofort fällig.

Werden Leistungen gemäß Abschnitt I. nach Ende des Versicherungsschutzes für Tarif ASZG abgerechnet, sind die fehlenden halben tariflichen Zahlbeiträge sofort nachzuzahlen.

Werden im Jahr der Beendigung des Versicherungsschutzes Leistungen gemäß Abschnitt I. im Rahmen einer anderen Krankheitskostenvollversicherung in Anspruch genommen, sind für dieses Jahr ebenfalls die halben tariflichen Zahlbeiträge für Tarif ASZG sofort nachzuzahlen.

Für die Ermittlung des gesetzlichen Zuschlags sowie die Zahlung des Anwartschaftsbeitrags ist der volle Monatsbeitrag maßgebend.

Die Zahlungsdauer für den vollen tariflichen Zahlbeitrag verlängert sich entsprechend, falls die Versicherung nach Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Abschnitt I. ruhend oder in Anwartschaft geführt wird. Sie verkürzt sich entsprechend um die Dauer von Ruhens- und Anwartschaftszeiten vor Behandlungsbeginn im Behandlungsjahr und um die Anzahl nicht versicherter Monate bei unterjährigem Versicherungsbeginn.

III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.