

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Tarif ZAK V U

Stand 01.01.2022

Der Tarif (AVB Teil II) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB Teil I).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Zahnärzte.

Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder können mitversichert werden, solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihm wirtschaftlich abhängig sind.

Eine Mitversicherung des geschiedenen Ehegatten bzw. Partners aus einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft kann nur erfolgen, wenn und solange der Versicherungsnehmer diesem gegenüber unterhaltspflichtig ist.

Lebensgefährten können mitversichert werden, solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

3. Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Bei mitversicherten Ehegatten, Lebenspartnern, Kindern und Lebensgefährten endet die Versicherungsfähigkeit nach Tarif ZAK V U mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Mitversicherung nach Nr. 2 entfallen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der INTER den Eintritt eines Grundes für den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten nach dessen Eintritt schriftlich anzuzeigen.

Siehe hierzu auch Teil I § 15 Abs. 3.

B. Leistungen der INTER

1. Erstattungsfähige Aufwendungen und tarifliche Leistungszusage

Nachstehend werden die erstattungsfähigen Aufwendungen sowie die zugehörigen tariflichen Leistungen aufgeführt. Die tarifliche Leistung errechnet sich aus den Erstattungsbeträgen nach Nr. 1.1 bis 1.8 abzüglich der Selbstbeteiligung nach Nr. 2.

1.1 Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen (z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen), sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK) sind bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 EUR pro Auge erstattungsfähig. Ein erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von fünf Jahren.

b) Vorsorgeuntersuchungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen. Dazu zählen:

1. Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, jedoch ohne Altersbegrenzung.
2. Übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs).

c) Arznei- und Verbandmittel

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Hierzu gehören auch bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.

Nicht erstattungsfähig sind:

- ohne ärztliche Verordnung bezogene Arzneimittel

- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz
- Präparate zur Gewichtsreduktion oder Appetitzügelung
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses
- Präparate zur Entziehung
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung oder Lifestyle-Behandlung eingesetzt werden
- Präparate, die zu kosmetischen Zwecken eingesetzt werden
- Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel mit Ausnahme von Monopräparaten, die zur Behandlung von Mangelerkrankungen medizinisch notwendig sind
- Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze und Mineralwässer
- Nähr- und Stärkungsmittel (Ausnahme hierzu gemäß Satz 2).

d) Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers.

e) Schutzimpfungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff. Dazu zählen:

1. Staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer nicht nur aus beruflichen Gründen oder für Reisen empfohlen werden. Sofern die Impfungen nur für bestimmte Personengruppen empfohlen werden (z.B. aufgrund von Altersgrenzen), muss die versicherte Person diesem Personenkreis angehören.
2. Reiseimpfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.

Nicht erstattungsfähig sind sonstige Schutzimpfungen.

f) Notärztliche Einsätze

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für notärztliche Einsätze.

g) Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. die Fahrt oder den Transport zum nächst erreichbaren, geeigneten Arzt/Facharzt oder Krankenhaus

bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten, lebensbedrohlichen Zuständen mit

- einem Krankenwagen einer anerkannten Hilfsorganisation (z.B. Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Die Johanniter) oder
- der Feuerwehr oder
- einem Rettungshubschrauber oder
- einem Taxi oder
- einem privaten Kraftfahrzeug.

2. die Fahrt mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr

- zur ambulanten Chemotherapie oder
- zur ambulanten Strahlenbehandlung.

3. die Fahrt zur Dialysebehandlung mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR pro Kalenderjahr.

4. die Fahrt zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr mit

- einem Taxi oder
- einem öffentlichen Verkehrsmittel (2. Klasse) oder
- einem privaten Kraftfahrzeug.

Erstattungsfähig sind Fahrtkosten, die im Zusammenhang mit einer im Katalog nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten ambulanten Operation entstehen.

Erstattungsfähig sind auch Fahrtkosten für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung).

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs zu Ziffer 1 bis 4 werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.

h) Heilmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören Inhalationen, Physiotherapie (Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Übungsbehandlung, Traktionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie), Logopädie, Ergotherapie, Podologie.

Nicht erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Leistungserbringers.

Abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 Satz 4 sind die Aufwendungen bis zum 1,15-fachen der beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

i) Hilfsmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen, wenn

- das Hilfsmittel nicht mehr als 300 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird oder
- das Hilfsmittel über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) bezogen wird oder
- das Hilfsmittel nach der Zusage der INTER auf Basis eines Kostenvoranschlags vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).

Zu 80% erstattungsfähig sind diese Aufwendungen, wenn das Hilfsmittel mehr als 300 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage der INTER bezogen wird.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 310 EUR innerhalb von zwei Jahren. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden ausgehend vom Bezugs- oder Reparaturdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen der davorliegenden 24 Monate berücksichtigt.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hörgeräte.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Erstattungsbetrag von 520 EUR pro Paar.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art (außer Sehhilfen) werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr erbracht, sofern nachweislich eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist.

Kosten für Wartung und Reparatur sind nur nach vorheriger Genehmigung durch die INTER erstattungsfähig.

Soweit ein Hilfsmittel aus der Pflegepflichtversicherung (PPV) beansprucht werden kann, besteht vorrangig Anspruch aus der PPV.

Nicht erstattungsfähig sind

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung aufweisen.

- zusätzliche Kosten für Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und Pflege.

j) Psychotherapie

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis. Erstattungsfähig sind bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.

k) Alternativmedizin

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführten ambulanten Leistungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.030 EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Methoden der besonderen Therapierichtungen durch Ärzte.

l) Häusliche Behandlungspflege

Zu 100 % erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet ist. Im Versicherungsumfang enthalten sind medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhüten und Beschwerden zu lindern. Voraussetzung hierfür ist, dass der Leistungserbringer (z.B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung dieses Versorgungsvertrages berechnet.

Erstattungsfähig sind auch

- psychiatrische Pflege
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen).

Nicht erstattungsfähig sind Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung.

m) Kurbehandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind abweichend von Teil I § 5 Abs. 1 e) die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen.

Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Kur.

Die Erstattung ergibt sich entsprechend aus den für die Leistungen nach Nr. 1.1 a), c) und h) getroffenen Regelungen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung.

1.2 Stationäre Heilbehandlung

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z.B. Privatkliniken), erfolgt die Erstattung ebenfalls nach Maßgabe des KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten sowie der Leistungen von freiberuflichen Hebammen und Entbindungspflegern.

Angemessenheit der Aufwendungen

Die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind in Höhe angemessener Beträge erstattungsfähig. Diese Angemessenheit bestimmt sich grundsätzlich durch das KHG/ KHEntgG bzw. die BPfIV in der jeweils geltenden Fassung.

Entgelte für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht zur Abrechnung nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV verpflichtet sind und auch nicht analog dieser Bestimmungen abrechnen, gelten als angemessen, sofern sie die durch das KHG/ KHEntgG bzw. die BPfIV vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 100 % überschreiten.

b) Wahlleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des KHEntgG bzw. der BPfIV in der jeweils geltenden Fassung:

- gesondert berechenbare privatärztlichen Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus

gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntgG bzw. nach der BPfIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Dieses beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 23,50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag).
- 23,50 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag).
- 47 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (Entlassungstag 23,50 EUR).

Für Kinder (0 - 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Ersatz-Krankenhaustagegeld die Hälfte der vorstehenden Sätze.

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

d) Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt oder den Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder für einen Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus mit

- einem Krankenwagen einer anerkannten Hilfsorganisation (z.B. Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Die Johanniter) oder
- der Feuerwehr oder
- einem Rettungshubschrauber oder
- einem Taxi oder
- einem öffentlichen Verkehrsmittel (2. Klasse) oder
- einem privaten Kraftfahrzeug.

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.

e) Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson für bis zu 14 Tage, wenn ein nach diesem Tarif versichertes Kind bis zum vollendeten 13. Lebensjahr aufgrund ärztlichen Anratens während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

f) Anschlussrehabilitation

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7. Die Regelungen unter Nr. 1.2 a), b), d) und e) gelten entsprechend.

Bei einer Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

1.3 Zahnärztliche Behandlung

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die zahnärztliche Behandlung.

1.4 Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung (Nr. 1.1 und 1.2) über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.5 Krankenrücktransport aus dem Ausland

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransport aus dem Ausland, z.B. wenn

- die Behandlung im Aufenthaltsland nicht nach den in Deutschland üblichen medizinischen Standards erfolgen kann oder
- die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde oder
- die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Aufenthaltsland die Kosten für den Rücktransport übersteigen würden.

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich oder behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Als Mehrkosten gelten die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Krankenrücktransport muss nach Deutschland oder in das Land erfolgen, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Vor Durchführung des Rücktransports ist beim medizinischen Dienst der INTER (telefonisch erreichbar unter +49 (0)621 427-427) eine Leistungszusage einzuholen. Der medizinische Dienst trifft die Entscheidung über einen solchen Rücktransport und die Mitnahme einer Begleitperson im Einvernehmen mit dem am Ort behandelnden Arzt und veranlasst den Rücktransport. Anderenfalls sind die erstattungsfähigen Kosten auf 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und auf 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland begrenzt.

1.6 Überführung oder Bestattung im Todesfall

Zu 100 % erstattungsfähig sind bei Tod der versicherten Person während eines Auslandsaufenthaltes die Aufwendungen für ihre Überführung nach Deutschland oder in das Land, in dem sie zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

Wird die verstorbene Person nicht überführt, sind die Bestattungskosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Überführung an den Ort entstanden wären, an dem sie zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

1.7 Digitale Gesundheitsanwendungen

Hierbei handelt es sich um Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

I. **Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unter folgenden Voraussetzungen:

- a) die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen

und

- b) die DiGA wurden von folgenden Leistungserbringern verordnet:

- niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten,
- approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis,

- staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen)

und

- c) die Höhe der Erstattung für die DiGA richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Mehrkosten sind von den Versicherten selbst zu tragen.

II. **Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn es sich um digitale Gesundheitsanwendungen handelt, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von den Leistungserbringern nach I b) verordnet wurden und über Kooperationspartner der INTER angeboten werden.

III. Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung (gemäß I.b)) für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung von den Leistungserbringern erforderlich.

Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI - siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig.

1.8 Telemedizin

Ambulante Heilbehandlungen nach Nr. 1.1 sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden.

2. Selbstbeteiligung

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung sowie für Digitale Gesundheitsanwendungen wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Sie beträgt

in der Tarfstufe ZAK V 1 U **300 EUR,**

in der Tarfstufe ZAK V 2 U **550 EUR,**

pro versicherte Person und Kalenderjahr.

Für Kinder (0 - 15 Jahre) ermäßigt sich bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, die Selbstbeteiligung auf die Hälfte des vorgenannten Betrages.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses

Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Ändert sich bei einem Tarifwechsel die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, gilt für das Umstellungsjahr eine Selbstbeteiligung, die sich aus anteilig geminderter bisheriger und anteilig geminderter neuer Selbstbeteiligung zusammensetzt.

Endet das Versicherungsverhältnis vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich dadurch die Selbstbeteiligung nicht.

3. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Beschaffung von Befunden und Untersuchungsergebnissen, Informationsvermittlung zwischen Ärzten,
- Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Organisation und Transport von Eigenblutkonserven zum Krankenhaus,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

Betreuung bei Auslandsreisen

- 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern,
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen,

- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächst-
erreichbaren Arzt/Krankenhaus,
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaß-
nahmen,
- Organisation eines notwendigen Auslandsrücktrans-
ports,
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Über-
führung an den Heimatwohnsitz.

Außerdem bietet das INTER Gesundheitsmanagement
über das Service Center auf Wunsch weitere Beratungs-
und Organisationsleistungen:

- Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln,
- Betreuung und Organisation von Therapie und Pflege
sowie Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds des Patien-
ten bei schweren Erkrankungen.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, kön-
nen bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7
und unter den Voraussetzungen des Teil I § 19 Abs. 1 die
nach Nr. 1 tariflich vorgesehenen Höchstbeträge sowie
nach Nr. 1.2 c) ersatzweise vorgesehene Krankenhausa-
gegelder mit Wirkung für bestehende Versicherungsver-
hältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des
Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen mit
Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst
werden. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des
zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des
Versicherungsnehmers folgt.