

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Tarif ZAMLBest

Stand 01.04.2024

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 Zahnmediziner.

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 ZAMLBest 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 in Textform 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 1.12 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.

Alle refraktiven chirurgischen Maßnahmen (inkl. Vor- und Nachuntersuchung) zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK, LASEK, Linsenimplantate) sind bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.500 EUR innerhalb von zwei Jahren pro Auge erstattungsfähig.

Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden ausgehend vom Behandlungsdatum jeweils alle Erstattungen der davorliegenden 24 Monate berücksichtigt.

b) Vorsorgeuntersuchungen

Zu 100% erstattungsfähig sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Erkrankungen.

Diese Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2) und gilt hinsichtlich einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (siehe Teil I § 4 Abs. 14 c) nicht als in Anspruch genommene Leistung.

c) Arznei- und Verbandmittel

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Hierzu gehören auch:

- Harn- und Blutteststreifen
- bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung

- medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.

Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel sind bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Arzneimittel, die den im Hufelandverzeichnis aufgeführten Therapien zuzuordnen sind, sind im Rahmen des tariflichen Anspruches nach Nr. 1.1 k) (Alternativmedizin und Verordnungen von Heilpraktikern) erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind:

- Arzneimittel, die nicht verordnet wurden
 - Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (Ausnahme: organische Ursachen, z.B. Querschnittslähmung, Prostataresektion)
 - Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz
 - Präparate zur Gewichtsreduktion oder Appetitzügelung
 - Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses
 - 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 Mangelkrankungen 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 bis zu den Beträgen der Hebammengebührenordnung (HebGebO) der Bundesländer.
- 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 empfohlen werden.
 2. Reiseimpfungen auch über die Empfehlungen der STIKO hinaus, wie z.B. Malaria.

Diese Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2) und gilt hinsichtlich einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (siehe Teil I § 4 Abs. 14 c) nicht als in Anspruch genommene Leistung.

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 medizinisch notwendige Fahrt oder den medizinisch notwendigen Transport zum Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten 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, einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück)
 - zur ambulanten Chemotherapie oder
 - zur ambulanten Strahlenbehandlung oder
 - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation
 - zur Dialysebehandlung oder
 - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation.

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 2 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 (z.B. Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Übungsbehandlung, Traktionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung,

Elektrotherapie, Lichttherapie), Logopädie, Ergotherapie, Podologie.

Erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Leistungserbringers (Hausbesuch), sofern sie ärztlich verordnet wurden.

Erstattungsfähig sind bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschafts- sowie Rückbildungsgymnastik.

Abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 Satz 4 sind die Aufwendungen über die beihilfefähigen Höchstbeträge hinaus erstattungsfähig.

i) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen und orthopädische Schuhe), die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie, Überwachung und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte), sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.

Zu 100% erstattungsfähig ist das Hilfsmittel, wenn

- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird oder
- bei Hilfsmitteln, die teurer als 500 EUR sind die INTER über das Hilfsmittelmanagement (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) mit der Beschaffung beauftragt wird.

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel, wenn dieses mehr als 500 EUR kostet und nicht über das INTER Hilfsmittelmanagement bzw. ohne vorherige Zusage der INTER bezogen wird. Diese Regelung greift nicht, wenn das Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen wird.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Arbeitsbrillen) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 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 orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.500 EUR pro Kalenderjahr.

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

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Wartung und Reparatur sowie Einweisung in den Gebrauch.

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

Nicht erstattungsfähig sind

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

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.

k) Alternativmedizin

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführten ambulanten Leistungen durch Heilpraktiker bis zu den dort genannten Höchstbeträgen und/oder
- Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte

einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

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 des Versorgungsvertrages berechnet werden.

Zur Behandlungspflege zählt auch

- psychiatrische Pflege
- Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen)
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die Kosten werden gemäß den jeweils abgeschlossenen Verträgen zwischen den Palliativ-Teams und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

m) Überleitungspflege / Krankenhausvermeidungspflege

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in

häuslicher Umgebung bis zu
4 Wochen,

- wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege verkürzt oder vermieden werden kann
- wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung

Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - besteht.

n) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Zu 100% erstattungsfähig sind die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Ausbildungsvergütung für die erforderliche Kurzzeitpflege in der im § 39c SGB V benannten Leistungshöhe (siehe Anhang).

Voraussetzung ist, dass bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und keine Pflegebedürftigkeit nach dem Tarif der Pflegepflichtversicherung besteht.

Die Kurzzeitpflege muss stationär in einer zugelassenen Einrichtung nach dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - oder einer anderen geeigneten Einrichtung in Anspruch genommen werden. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten.

o) 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.

p) Ambulante Operationen

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Operationen.

q) Ambulante Anschlussrehabilitation

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere ambulante Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den

Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7.

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. Für Beleghebammen und Belegentbindungspflegern werden die Aufwendungen bis zu den Beträgen der Hebammengebührenordnung (HebGebO) der Bundesländer erstattet.

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 (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 privatärztliche 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) Vor- und nachstationäre Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Sinne des § 115a SGB V.

d) Ersatz-Krankenhaustagegeld

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

Dieses beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 25 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag).
- 25 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag).
- 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (Entlassungstag 25 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.

e) Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Fahrt oder den medizinisch notwendigen 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 oder
- einem privaten Kraftfahrzeug.

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

f) Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn ein nach diesem Tarif versichertes Kind bis zum vollendeten 13.

Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird.

g) 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), c), e) und f) gelten entsprechend.

Bei einer Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

1.3 Zahnärztliche Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Material und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Kieferorthopädie und Zahnersatz.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliches Honorar.

Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen. Die INTER verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans wird die Tarifierleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages auf die Hälfte des tariflichen Prozentsatzes gekürzt.

1.4 Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung (Nr. 1.1 und 1.2) bzw. für zahnärztliche Behandlung (Nr. 1.3) über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 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 Krankenrücktransport aus dem Ausland, 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.

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 Versicherungsfalls 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 Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten bis zu 5.000 EUR je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder der nach Tarif ZAMLBest versicherten erwachsenen Person aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn

- die nach dem Tarif ZAMLBest versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und
- keine andere mitreisende erwachsene Person die Betreuung der Kinder übernehmen kann und
- für die Kinder bei der INTER Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung besteht.

Mehrkosten sind die durch die Rückführung an den Wohnsitz zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

1.7 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.

1.8 Leistung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), besteht Anspruch auf die Zahlung einer Leistung in Höhe von

einem Monatsbeitrag für jeden Lebensmonat des Kindes, für den Elterngeld bezogen wird, maximal für sechs Monate. Monate, in denen der versicherten Person anzurechnende Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) zustehen, gelten als Monate, für die die berechtigte Person Elterngeld bezieht.

Bemessungsgrundlage ist der Beitrag für die versicherte Person einschließlich des zu entrichtenden gesetzlichen Zuschlags nach § 149 VAG und des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags zum Zeitpunkt der Beantragung dieser Leistung.

Der Leistungsanspruch entsteht, wenn die folgenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

- Der Elterngeldbescheid wird der INTER vorgelegt.
- Die versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes seit mindestens 12 Monaten im Tarif ZAMLBest versichert.
- Für den Vertrag bestand seit Beginn der Elternzeit bis zur Beantragung der Leistung kein Zahlungsverzug.

Kann Elterngeld nur deshalb nicht bezogen werden, weil die jeweils geltenden gesetzlichen Einkommensgrenzen überschritten werden, wird die Leistung nach diesem Abschnitt dennoch gewährt, wenn nach den für Geburten oder Adoptionen vor dem 01.04.2024 geltenden Einkommensgrenzen (250.000 EUR bzw. 300.000 EUR bei Paaren - § 1 Abs. 8 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG) ein Anspruch auf Elterngeld bestanden hätte. In diesem Fall sind anstelle des Elterngeldbescheides geeignete Nachweise über die Erfüllung des Elterngeldanspruchs im Übrigen vorzulegen

Diese Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2).

1.9 Frühförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

Zu 100% erstattungsfähig sind die verbleibenden Aufwendungen für medizinisch-therapeutische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und interdisziplinär besetzten Frühförderstellen (IFF). Es gelten die festgesetzten Vergütungssätze der Landesrahmenvereinbarung zwischen der Sozialministerien der entsprechenden Länder und den gesetzlichen Kostenträgern.

1.10 Soziotherapie

Zu 100% erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage der INTER die Aufwendungen für eine Soziotherapie.

Die INTER wird die Zusage erteilen, wenn die folgenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztliche verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.

- Eine Krankenhausbehandlung kann dadurch vermieden oder verkürzt werden, oder eine Krankenhausbehandlung ist geboten aber nicht ausführbar.
- Die Behandlung erfolgt durch einen Arzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder durch Fachkräfte für Psychotherapie.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Behandlungseinheiten innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

Aufwendungen für Ärzte sind im tariflichem Umfang nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Bei Aufwendungen durch Fachkräfte für Psychotherapie ist höchstens der Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.11 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. 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 (BfArM) nach § 78a Abs. 3 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI -siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig.

1.12 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 Tarifstufe ZAMLBEST	0 EUR,
in der Tarifstufe ZAMLBEST 1	550 EUR,
in der Tarifstufe ZAMLBEST 2	1.200 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.

Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Nr. 1.1 b) bzw. e) fallen nicht unter die Selbstbeteiligung, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird. Die Leistung bei Bezug von Elterngeld nach Nr. 1.7 fällt ebenso nicht unter die Selbstbeteiligung.

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 Bergungsmaßnahmen,

- Organisation eines notwendigen Auslandsrücktransports,
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung 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 Patienten bei schweren Erkrankungen.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können 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 Krankenhaustagegelder mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, 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.

C. Sonstige Bestimmungen

1. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

Abweichend von Teil I § 2 Abs. 5 gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Ablauf des zwölften Monats des Aufenthalts im Ausland.

Abweichend von Teil I § 2 Abs. 4 Satz 1 bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn und solange die versicherte Person über eine Bankverbindung in Deutschland verfügt. Die Aufrechterhaltung eines Wohnsitzes in Deutschland ist nicht erforderlich.

2. entfallen