

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Teil II

Tarif INTER QualiMed® Basis

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (AVB Teil II) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenvoll-

versicherung (AVB Teil I).

A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen

Wohnsitz in Deutschland haben.

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 1.7 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 500 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 gemäß dem Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Anlage 1) (Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, jedoch ohne Altersbegrenzung). 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 An-

spruch genommene Leistung.

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.

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

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 Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind
 - Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze und Mineralwässer
 - Nähr- und Stärkungsmittel (Ausnahme hierzu gemäß Satz 2).
- d) Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspfleger
- Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspfleger.
- e) Schutzimpfungen
- Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff. Dazu zählen:
1. Staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommision (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.
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.
 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 Johanner) 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 90%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören zum Beispiel 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.
- 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 150 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 bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.500 EUR je Ohr.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 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. Erstat-

tungsfähig sind bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.

k) Alternativmedizin

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen

- bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern und
- 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 drei 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.

Entgelte für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie die durch das KHG/KHEntgG bzw. die BPfIV vorgegebenen Entgelte, die bei einer vergleichbaren Behandlung in einem Plankrankenhaus in Deutschland angefallen wären, nicht überschreiten.

Der Erstattung wird der Landesbasisfallwert des Bundeslandes zugrunde gelegt, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand. Bei einer Behandlung im Ausland wird in diesem Fall der höchste Landesbasisfallwert aller deutschen Bundesländer zugrunde gelegt. Erstattungsfähig sind dann die Kosten, die ausgehend von dem Landesbasisfallwert bei einer Abrechnung nach dem KHG/KHEntgG entstanden wären, jedoch nicht mehr als der tatsächliche Rechnungsbetrag. Mit diesen Sätzen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

b) Wahlleistungen

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die

- gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Zusätzliche Wahlleistungen nach einem Unfall

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die

- gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und

- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,

sofern die stationäre Heilbehandlung als Folge eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls nach Teil I § 1 Abs. 5 innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfalltag notwendig ist.

Der Anspruch erstreckt sich nicht auf stationäre Krankenhausbehandlungen nach Ablauf von 24 Monaten nach dem Unfalltag und nicht auf eine eventuell sich anschließende notwendige Anschlussrehabilitation, auch wenn diese als Folge dieses Unfalls ereignisses anzusehen sind.

c) 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.

d) 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.

e) 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) bis d) gelten entsprechend.

1.3 Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlungen.

b) Zahnvorsorge

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die

- zahnmedizinischen Vorsorgeleistungen gemäß dem Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Anlage 1).
- professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040) bis zu einem Erstattungsbetrag von 60 EUR im Kalenderjahr.

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

c) Kieferorthopädie

Zu 70% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen, die bis zum Beginn der kieferorthopädischen Behandlung das 21. Lebensjahr nicht vollendet haben.

d) Zahnersatz

Zu 70% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz. Dazu gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Einlagefüllungen (Inlays), Aufbaufüllungen und Provisorien sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen.

Die für Implantat getragenen Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, Prothesen, Suprakonstruktionen) entstehenden Kosten werden entsprechend den Kosten für Zahnersatz erstattet.

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 Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigen-

den Teil des Rechnungsbetrages auf die Hälfte des tariflichen Prozentsatzes gekürzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung nach Nr. 1.3 a) bis d) werden für jede versicherte Person in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

- 1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,
- 2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,
- 3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate,
- 4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate.

Zeiten, für die Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeiträge gelten nicht für solche ansonsten erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Zahnbehandlung, Zahnvorsorge, Kieferorthopädie und Zahnersatz werden auch dann als zahnärztliche Behandlung nach Nr. 1.3 a) bis d) erstattet, wenn diese von einem Arzt ausgeführt worden sind. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Leistungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

1.4 Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung (Nr. 1.1 und 1.2) bzw. für zahnärztliche Behandlung (Nr. 1.3) bis zu den in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegten Höchstsätzen.

1.5 Krankentrücktransport aus dem Ausland

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankentrücktransport 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 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 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 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 Monat, für den Elterngeld bezogen wurde, maximal für sechs Monate. Monate, in denen der versicherten Person anzurechnende Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) zustehen, gelten als Monate, für die die berechnete 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.

Anspruchsvoraussetzungen sind:

- Der Elterngeldbescheid wird der INTER vorgelegt.
- Der Elterngeldbezug ist beendet. Bei einem ununterbrochenen Elterngeldbezug von länger als sechs Monaten besteht Anspruch auf diese Leistung nach Ablauf von sechs Monaten des Elterngeldbezugs.
- Die versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Beantragung der Leistung seit mindestens 12 Monaten im Tarif INTER QualiMed versichert.

- Für den Vertrag bestand seit Beginn der Elternzeit bis zur Beantragung der Leistung kein Zahlungsverzug.
- Der Anspruch muss spätestens zwei Monate nach Ende des Bezugs von Elterngeld, bei einem ununterbrochenen Elterngeldbezug von länger als sechs Monaten, spätestens zwei Monate nach Ablauf der ersten sechs Monate des Elterngeldbezugs, geltend gemacht werden.

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

2. Selbstbeteiligung

Von den tariflichen Leistungen für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Sie beträgt

in der Tarifstufe QMB 300 U	300 EUR,
in der Tarifstufe QMB 600 U	600 EUR,
in der Tarifstufe QMB 1200 U	1.200 EUR

pro versicherte Person und Kalenderjahr.

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) Ziffer 1 bzw. e) Ziffer 1 sowie zahnmedizinische Vorsorgeleistungen nach Nr. 1.3 b) fallen nicht unter die Selbstbeteiligung, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird und sie ausschließlich mit den in dem Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Anlage 1) genannten GOÄ- bzw. GOZ-Ziffern berechnet werden.

Die Leistung bei Bezug von Elterngeld nach Nr. 1.7 fällt ebenso nicht unter die Selbstbeteiligung.

3. Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer hat das Recht,

- zum Ende des dritten, fünften und zehnten Versicherungsjahres (siehe Teil I § 12 Abs. 1) seit Versicherungsbeginn der betreffenden versicherten Person in einer Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER sowie
- bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der betreffenden versicherten Person

- von einem Angestelltenverhältnis in eine selbstständige bzw. freiberufliche Tätigkeit oder
- von einer selbstständigen bzw. freiberuflichen Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis oder
- aufgrund eines Arbeitgeber-Wechsels

ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten den Versicherungsschutz bzgl. der betreffenden versicherten Person zu erhöhen. Der Wechsel kann in eine Tarifstufe mit niedrigerer Selbstbeteiligung nach Nr. 2, in den Tarif INTER QualiMed® Exklusiv oder in den Tarif INTER QualiMed® Premium erfolgen. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf von zwei Monaten ab den in Satz 1 genannten Zeitpunkten beantragt.

Sofern für den bestehenden Versicherungsschutz besondere Bedingungen vereinbart wurden, gelten sie gleichermaßen auch für den erhöhten Versicherungsschutz.

4 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 nächsterreichbaren 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.

5. 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 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.

Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stand: 01.09.2016

Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (Teil II 1.1 b) Ziffer 1) und Schutzimpfungen (Teil II 1.1 e) Ziffer 1) im Rahmen einer ambulanten Behandlung sowie zahnmedizinische Vorsorgeleistungen und professionelle Zahnreinigungen (Teil II 1.3 b)) sind besonders begünstigt:

- Die in diesem Verzeichnis genannten Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- Werden für ein Kalenderjahr nur die hier genannten Leistungen erstattet, gelten diese hinsichtlich einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (siehe Teil I § 4 Abs. 14 c)) nicht als in Anspruch genommene Leistungen.

Für die entsprechende Berücksichtigung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die durchgeführte Vorsorgeuntersuchung bzw. Schutzimpfung muss in der jeweiligen Rechnung als solche bezeichnet sein.
- Die Rechnung darf neben dieser Untersuchung bzw. Schutzimpfung keine weiteren Leistungen enthalten.
- Die Rechnung darf keine Diagnose enthalten.
- Es werden nur Gebühren nach GOÄ/GOZ berechnet, die im Folgenden genannt sind.

Bei einer Änderung der gesetzlich eingeführten Programme ist die INTER unter den Voraussetzungen des Teil I § 19 Abs. 1 berechtigt, das Verzeichnis mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

1. Gesundheitsuntersuchung – „Check up 35“

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung sollten Männer und Frauen ab dem 36. Lebensjahr alle zwei Jahre durchführen lassen.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen
250	Blutentnahme, Vene
651	EKG in Ruhe / nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)
3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung
3560	Glukose
3562.H1	Cholesterin
3563.H1	HDL-Cholesterin
3564.H1	LDL-Cholesterin
3583.H1	Harnsäure
3585.H1	Kreatinin

2. Früherkennung von Krebserkrankungen

Die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen unterteilen sich in die Teile

- Untersuchungen, die nur bei Frauen durchgeführt werden (Abschnitt 2.1)
- Untersuchungen, die nur bei Männern durchgeführt werden (Abschnitt 2.2)
- Untersuchungen, die bei Frauen und Männern durchgeführt werden (Abschnitt 2.3)

2.1 Untersuchungen für Frauen

2.1.1 Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales und der Brust

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung sollten Frauen ab dem 21. Lebensjahr (Genital) bzw. ab dem 31. Lebensjahr (Genital und Brust) jährlich durchführen lassen.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau
298	Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik

2.1.2 Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust durch Mammographie-Screening

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung sollten Frauen zwischen dem 50. und dem 70. Lebensjahr alle zwei Jahre durchführen lassen.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

5266	Mammographie einer Seite, zwei Ebenen
------	---------------------------------------

5267	Ergänzende Ebene zur Nr. 5266
5298	Zuschlag zu Nrn 5010 bis 5290, digitale Radiographie

2.2 Untersuchungen für Männer – Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung sollten Männer ab dem 45. Lebensjahr jährlich durchführen lassen.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann
----	---------------------------------

2.3 Untersuchungen für Frauen und Männer

2.3.1 Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung sollten Männer und Frauen ab dem 36. Lebensjahr jährlich durchführen lassen.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

1	Beratung, auch telefonisch
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)
750	Aufflichtmikroskopie der Haut, je Sitzung

2.3.2 Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums und des übrigen Dickdarms

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung teilt sich in zwei Teile auf. Männer und Frauen ab dem 51. Lebensjahr bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres sollten jährlich einen Schnelltest durchführen lassen (Teil 1). Ab dem 56. Lebensjahr sollten Männer und Frauen insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms durchführen lassen (Teil 2). Zwischen den beiden Koloskopien sollten mindestens zehn Jahre liegen. Alternativ kann anstelle der beider Koloskopien oder der zweiten Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren alle zwei Jahre ein Schnelltest durchgeführt werden.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

für Teil 1:

GOÄ-Nr. Beschreibung

1	Beratung, auch telefonisch
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung

für Teil 2:

GOÄ-Nr. Beschreibung

1	Beratung, auch telefonisch
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)
451	Intravenöse Kurznarkose
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum, mit Probeexzision / -punktion
688	Partielle Koloskopie / Rektoskopie, mit Probeexzision / -punktion
689	Sigmoidoskopie / Rektoskopie, mit Probeexzision / -punktion
690	Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion
4800	Histologische Untersuchung
4802	Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung

Hinweis:

Die GOÄ-Nummern 687 bis 690 sowie die GOÄ-Nummern 4800 und 4802 können jeweils nur alternativ berechnet werden.

3. Schwangerschaftsvorsorge

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

23	Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf
250	Blutentnahme, Vene
415	Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge
1002	Externe kardiographische Untersuchung ab 22. SW (einmal alle 4 Wochen)
3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung
3531	Urinsediment
3982	ABO-Merkmale / Isoagglutinine / Rhesusfaktor
3987	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest
3990	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), NaCl- / Enzymmilieu
4306	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion - Antikörper gegen Röteln-Virus
4381	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay - Antikörper gegen HBs-Antigen

4. Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten 6 Lebensjahren umfassen insgesamt 10 Untersuchungen. Hinzu kommt eine Jugendgesundheitsuntersuchung. Diese Untersuchungen sollten in den nachfolgend angegebenen Zeiträumen durchgeführt werden.

U 1	unmittelbar nach der Geburt
U 2	3. bis 10. Lebenstag
U 3	4. bis 5. Lebenswoche
U 4	3. bis 4. Lebensmonat
U 5	6. bis 7. Lebensmonat
U 6	10. bis 12. Lebensmonat
U 7	21. bis 24. Lebensmonat
U 7a	34. bis 36. Lebensmonat
U 8	46. bis 48. Lebensmonat
U 9	60. bis 64. Lebensmonat
J1	13. bis 14. Lebensjahr
J2	17. bis 18. Lebensjahr

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

25	Neugeborenen-Erstuntersuchung (für U1)
26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind (für U2 bis U9 und J1)
29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen (für J2)
250a	<u>nur im Rahmen der U2:</u> Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr
1409	<u>nur im Rahmen der U2:</u> Messung otoakustischer Emissionen
3758	<u>nur im Rahmen der U2:</u> Phenylalanin (Guthrie-Test)
4030	<u>nur im Rahmen der U2:</u> Hormonbestimmung, Ligandenassay, Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)
413	<u>nur im Rahmen der U3:</u> Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr
1216	<u>nur im Rahmen der U7a und der U9:</u> Untersuchung auf Heterophorie / Strabismus
3511	<u>nur im Rahmen der U8 und der U9:</u> Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung
1401	<u>nur im Rahmen der U9:</u> Einfache Hörprüfung
3514	<u>nur im Rahmen der J2:</u> Untersuchung, je Meßgröße – Glukose

5. Zahnvorsorge

Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen umfassen

- die Inspektion der Mundhöhle
- die Einschätzung des Kariesrisikos beim Kind
- die Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten
- die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung.

Die zahnmedizinische Individualprophylaxe umfasst

- die Erstellung des Mundhygienestatus (Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes sowie die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen)
- Aufklärung über Ursachen von Zahnkrankheiten (Karies, Gingivitis etc.) und deren Vermeidung
- Begleitend: lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung mit Lack, Gel o.ä.
- Versiegelung von kariesfreien Fissuren der bleibenden Molaren (Backenzähne) 6 und 7.

Empfehlung:

Diese Vorsorgeuntersuchung sollten Kinder ab dem Alter von 2½ bis zum vollendeten 6. Lebensjahr dreimal im Abstand von mindestens 12 Monaten durchführen lassen.

Kinder und Jugendliche, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, sollten diese Vorsorgeuntersuchung zweimal im Kalenderjahr im Abstand von mindestens 4 Monaten durchführen lassen.

Erwachsene ab dem 19. Lebensjahr sollten diese Vorsorgeuntersuchung einmal im Kalenderjahr durchführen lassen.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOZ-Nr. Beschreibung

0010 Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

1000

1010

1020

2000

4050

4055

Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung

Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn

Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied

Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn

6. Schutzimpfungen

Für einen wirksamen Impfschutz sollten die Impfungen nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut durchgeführt werden.

Es werden folgende Abrechnungsposten anerkannt:

GOÄ-Nr. Beschreibung

1 Beratung, auch telefonisch

375 Schutzimpfung, intramuskulär / subkutan

376 Schutzimpfung, oral und Beratung

377 Zusatzinjektion bei Parallelimpfung

--- Impfstoffe