

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### Teil II

### Tarif INTER QualiMed® Basis

Stand: 01.05.2012

#### A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik 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 nicht anderes bestimmt ist.

Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag 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).
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 Rechnungsbetrag 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 Entwöhnung
- 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 Entbindungspflegerers
- Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegerers.
- 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 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).
  2. Impfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.
- Nicht** erstattungsfähig sind sonstige Schutzimpfungen.
- f) Fahrt- und Transportkosten
- Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
1. die Fahrt oder den Transport zum nächst erreichbaren 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 Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr
    - zur ambulanten Chemotherapie oder
    - zur ambulanten Strahlenbehandlung oder
    - zur Dialysebehandlung.
3. die Fahrt zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu einem Rechnungsbetrag 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, 2 und 3 werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.
- g) 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 Behandlungen außerhalb der Praxis des Leistungserbringers.
- h) Hilfsmittel
- Zu 80%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen.
- Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).
- Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen, 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.

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag 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 Rechnungsbetrag von 1.500 EUR für eine einseitige Versorgung.

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag 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.

**Nicht** erstattungsfähig sind

- Ausführungen von Hilfsmittel, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung aufweisen.
- zusätzliche Kosten für Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und Pflege.

i) 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 40 Sitzungen pro Kalenderjahr.

j) Häusliche Behandlungspflege

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet sind. 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 Versor-

gungsvertrag 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.

k) Kurbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind abweichend von Teil I § 5 Abs. 1 f) 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 g) 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 (BPflV) sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

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

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPflV 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 BpflV abrechnen sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie die durch das KHG/KHEntgG bzw. die BpflV 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. 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

- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und
- die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Zusätzliche WAhlleistungen nach einem Unfall

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und
- die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,

sofern die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls nach Teil I § 1 Abs. 5 notwendig ist.

Die vorgenannten WAhlleistungen sind nur erstattungsfähig, sofern die stationäre Krankenhausbehandlung spätestens am Tag nach dem Unfall beginnt. Der Anspruch endet mit Entlassung aus der ersten stationären Krankenhausbehandlung wegen dieses Unfallereignisses. Der Anspruch erstreckt sich nicht auf eine eventuell sich anschließende notwendige Anschlussheilbehandlung oder künftige stationäre Krankenhausbehandlungen, auch wenn diese als Folge dieses Unfallereignisses 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 berechenbaren Kosten für die 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 einem Elternteil stationär begleitet wird. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

e) Anschlussheilbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) unter den Voraussetzungen von Nr. 1.2 a).

**1.3 Zahnärztliche Behandlung**

a) Zahnbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlungen.

b) Zahnvorsorge

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

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

Diese Leistungen fallen nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2).

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 übersteigenden 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 Tarifbeginn 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 Erstattungsbeträge gelten nicht für solche ansonsten erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn 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 Behandlungen (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 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 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 § 12 Abs. 4a VAG und des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags zu 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	<b>300 EUR,</b>
in der Tarifstufe QMB 600	<b>600 EUR,</b>
in der Tarifstufe QMB 1200	<b>1.200 EUR</b>

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, tritt dadurch keine Ermäßigung der Selbstbeteiligung ein.

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) umfang-

reiche 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.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### Teil II

### Tarif INTER QualiMed® Exklusiv

Stand: 01.05.2012

#### A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik 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 nicht anderes bestimmt ist.

Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag 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 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).
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 Rechnungsbetrag 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 j) (Alternativmedizin) 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 Entwöhnung
- 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.
- 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 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).
  2. Impfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.
- Nicht** erstattungsfähig sind sonstige Schutzimpfungen.
- f) 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
- Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr
- zur ambulanten Chemotherapie oder
  - zur ambulanten Strahlenbehandlung oder
  - zur Dialysebehandlung.
3. die Fahrt zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu einem Rechnungsbetrag 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, 2 und 3 werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.
- g) 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.
- Abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 Satz 4 sind die Aufwendungen bis zum 1,15-fachen der beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig (hiervon 90%).
- Erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlungen außerhalb der Praxis des Leistungserbringers (Hausbesuch), sofern sie ärztlich verordnet wurden.
- h) Hilfsmittel
- Zu 80%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen.
- Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie

und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen, 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.

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 250 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 Rechnungsbetrag von 1.500 EUR für eine einseitige Versorgung.

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag 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.

**Nicht** erstattungsfähig sind

- Ausführungen von Hilfsmittel, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung aufweisen.
- zusätzliche Kosten für Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und Pflege.

i) 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 60 Sitzungen pro Kalenderjahr.

j) Alternativmedizin

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel für

- die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten ambulanten Leistungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes und/oder
- Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis (Anlage 2) durch Ärzte

bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr.

k) Häusliche Behandlungspflege

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet sind. 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.

l) Kurbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind abweichend von Teil I § 5 Abs. 1 f) 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 g) 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 50 % überschreiten.

### b) Wahlleistungen

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

- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und
- die gesondert berechenbare Unterkunft im 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 Zweibettzimmer.

Können bei Unterkunft im Einbettzimmer die Kosten für ein Zweibettzimmer nicht nachgewiesen

werden, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschläge des Bundeslandes, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand.

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

#### Zusätzliche Wahlleistungen nach einem Unfall

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, sofern die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls nach Teil I § 1 Abs. 5 notwendig ist.

Die vorgenannte Wahlleistung ist nur erstattungsfähig, sofern die stationäre Krankenhausbehandlung spätestens am Tag nach dem Unfall beginnt. Der Anspruch endet mit der Entlassung aus der ersten stationären Krankenhausbehandlung wegen dieses Unfallereignisses. Der Anspruch erstreckt sich nicht auf eine eventuell sich anschließende notwendige Anschlussheilbehandlung oder künftige stationäre Krankenhausbehandlungen, auch wenn diese als Folge dieses Unfallereignisses anzusehen sind.

### 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

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

Bei Verzicht auf Unterbringung im Einbettzimmer nach einem Unfall besteht kein zusätzlicher Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

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 berechenbaren Kosten für die 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 einem Elternteil stationär begleitet wird. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

f) Anschlussheilbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) unter den Voraussetzungen von Nr. 1.2 a) und b).

**1.3 Zahnärztliche Behandlung**

a) Zahnbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlungen.

b) Zahnvorsorge

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnmedizinische Vorsorgeleistungen gemäß dem Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Anlage 1).
- die professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040) einmal im Kalenderjahr.

Diese Leistungen fallen nicht unter die Selbstbe-

teiligung (siehe Nr. 2).

c) Kieferorthopädie

**Zu 80%** 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 80%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz. Dazu gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

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

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

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 übersteigenden 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 Tarifbeginn 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 eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Zahnbehandlung, Zahnvorsorge, Kieferorthopädie und Zahnersatz werden auch dann als zahnärztliche Behandlung nach Nr. 1.3 a) bis d) erstattet, wenn die-

se 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 Behandlungen (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 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 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 Deutsch-

land 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 § 12 Abs. 4a VAG und des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags zu 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 QME 300	<b>300 EUR,</b>
in der Tarifstufe QME 600	<b>600 EUR,</b>
in der Tarifstufe QME 1200	<b>1.200 EUR</b>

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, tritt dadurch keine Ermäßigung der Selbstbeteiligung ein.

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 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 Rettungsmaßnahmen,
- 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 Um-

felds 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 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.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### Teil II

### Tarif INTER QualiMed® Premium

Stand: 01.05.2012

#### A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik 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 nicht anderes bestimmt ist.

Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 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).
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 Rechnungsbetrag 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 j) (Alternativmedizin) 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 Entwöhnung
- 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.
- 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 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).
  2. Impfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.
- Nicht** erstattungsfähig sind sonstige Schutzimpfungen.
- f) Fahrt- und Transportkosten
- Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
1. die Fahrt oder den Transport zum nächst erreichbaren 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 Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr
    - zur ambulanten Chemotherapie oder
    - zur ambulanten Strahlenbehandlung oder
    - zur Dialysebehandlung.
  3. die Fahrt zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu einem Rechnungsbetrag 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, 2 und 3 werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.
- g) Heilmittel
- Zu 100%** 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.
- Abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 Satz 4 sind die Aufwendungen über die beihilfefähigen Höchstbeträge hinaus erstattungsfähig.
- Erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlungen außerhalb der Praxis des Leistungserbringers (Hausbesuch), sofern sie ärztlich verordnet wurden.
- h) Hilfsmittel
- Zu 80%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen.
- Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen, 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.

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag 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 Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR für eine einseitige Versorgung.

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 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.

**Nicht** erstattungsfähig sind

- Ausführungen von Hilfsmittel, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung aufweisen.
- zusätzliche Kosten für Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und Pflege.

i) Psychotherapie

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis.

j) Alternativmedizin

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel für

- die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten ambulanten Leistungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes und/oder

- Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis (Anlage 2) durch Ärzte

bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR pro Kalenderjahr.

k) Häusliche Behandlungspflege

**Zu 100 %** erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet sind. 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.

l) Kurbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind abweichend von Teil I § 5 Abs. 1 f) 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 g) 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 Wahlleistungen im Sinne des KHEntgG bzw. der BPfIV in der jeweils geltenden Fassung. Dazu zählen

- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und
- die 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

- 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag);
- 50 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag);
- 100 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (Entlassungstag 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 berechenbaren Kosten für die 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 wäh-

rend einer stationären Heilbehandlung von einem Elternteil stationär begleitet wird. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

f) Anschlussheilbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) unter den Voraussetzungen von Nr. 1.2 a) und b).

**1.3 Zahnärztliche Behandlung**

a) Zahnbehandlung

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlungen.

b) Zahnvorsorge

**Zu 100%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnmedizinische Vorsorgeleistungen gemäß dem Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Anlage 1).
- die professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040) zweimal im Kalenderjahr.

Diese Leistungen fallen nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2).

c) Kieferorthopädie

**Zu 90%** 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 90%** erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz. Dazu gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

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

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

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 übersteigenden 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 Tarifbeginn 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 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 Behandlungen (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.

**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 Heil-

behandlung 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 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 § 12 Abs. 4a VAG und des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags zu 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 QMP 300	<b>300 EUR,</b>
in der Tarifstufe QMP 600	<b>600 EUR,</b>
in der Tarifstufe QMP 1200	<b>1.200 EUR</b>

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, tritt dadurch keine Ermäßigung der Selbstbeteiligung ein.

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 Tarifestufe mit niedrigerer Selbstbeteiligung nach Nr. 2 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 Rettungsmaßnahmen,
- 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 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.