Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

Tarif
INTER BeMed Premium

Stand 01.10.2026

Der Tarif INTER BeMed Premium (AVB Teil II) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen 2026 für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB Teil I).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

1. Aufnahmefähigkeit

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

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen und deren Familienangehörige, die Anspruch auf Beihilfe im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes, der Länder und Gemeinden oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

B. Beihilfebemessungssatz

1. Vereinbarter Prozentsatz

Der Tarif INTER BeMed Premium umfasst komplementär zu den Beihilfebemessungssätzen gestaffelte Tarifstufen. Die jeweilige Tarifstufe ist so zu wählen, dass die zugehörigen prozentualen Erstattungssätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 Prozent ergeben.

Der vereinbarte Prozentsatz ist dem Versicherungsschein in Verbindung mit der Tarifangabe zu entnehmen, z.B. INTER BeMed 45/30 (vereinbarter Prozentsatz 45% für ambulante/zahnärztliche und 30% für stationäre Heilbehandlung) bei einem Beihilfebemessungssatz von 55% für ambulante/zahnärztliche und 70% für stationäre Heilbehandlung.

Die INTER ist berechtigt, jederzeit einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes zu verlangen.

2. Änderung des Beihilfebemessungssatzes, Wegfall des Beihilfeanspruchs

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der INTER jede Änderung des Beihilfebemessungssatzes sowie den Wegfall des Beihilfeanspruchs unverzüglich anzuzeigen.

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass die INTER den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z. B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z. B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

Wird der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Änderung gestellt, erfolgt die Vertragsänderung ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Änderung bzw. des Wegfalls des Beihilfeanspruchs.

Wird eine Minderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs später als sechs Monate nach Eintritt dieser Ereignisse angezeigt, kann die Erhöhung des Versicherungsschutzes entsprechend des Ergebnisses einer Risikoprüfung nur nach den geltenden Annahmerichtlinien der INTER (ggf. gegen Risikozuschlag, Wartezeiten) erfolgen. Das Recht des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif bleibt unberührt.

Ist die Summe aus dem Beihilfebemessungssatz und dem versicherten Erstattungssatz höher als 100%, beschränkt sich die Leistung der INTER – unabhängig von einer Anpassung des Versicherungsschutzes – höchstens auf den Erstattungssatz, der in Summe mit dem Beihilfebemessungssatz 100% ergibt.

C. Leistungen der INTER

1. Erstattungsfähige Aufwendungen und tariflicher Leistungsumfang

Die nachfolgend unter Nr. 1.1 bis 1.12, mit Ausnahme von Nr. 1.8, aufgeführten Aufwendungen werden im **Umfang des versicherten prozentualen Erstattungssatzes** erstattet (tarifliche Erstattungsleistung).

1.1 Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

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 Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Auge erstattungsfähig. Der erstmalige Anspruch besteht nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Versicherungsbeginn im Tarif INTER Be-Med Premium. Ein erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von fünf Jahren nach der vorausgegangenen Maßnahme.

b) Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen. Dazu zählen:

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

Diese Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2) und gilt zusammen mit Aufwendungen nach Nr. 1.1 e) Ziffer 1 und 2 und Nr. 1.3 c) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR hinsichtlich einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (siehe Teil I § 4 Abs. 9 c)) nicht als in Anspruch genommene Leistung. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelt.

c) Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Hierzu gehören auch medizinisch notwendige medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie solche, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.

Nicht erstattungsfähig sind:

- Ohne ärztliche Verordnung bezogene Arzneimittel,
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Präparate zur Gewichtsreduktion oder Appetitzügelung,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate, 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,
- Spezialnahrung für Säuglinge (außer im 1. Lebensjahr bei nachgewiesener Kuhmilcheiweißallergie),
- Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze und Mineralwässer und
- Nähr- und Stärkungsmittel, soweit diese nicht unter Satz 2 fallen.

d) Schwangerschaft und Entbindung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers,
- Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, sowie für Geburtshäuser zu den in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verhandelten Vertragssätzen,
- Entbindungen außerhalb des Krankenhauses (zum Beispiel zu Hause oder im Geburtshaus) als Pauschalleistung in Höhe von 1.000 EUR je Geburt, unabhängig von der vereinbarten Leistungsstufe,
- nicht-invasive Pränataltests (NIPT) nach medizinischer Indikation bis 250 EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr.

e) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich angeratene Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff. Dazu zählen:

1. Staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer empfohlen werden,
2. FSME und Tollwutimpfung, unabhängig vom Wohnort,
3. Reiseimpfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Gelbfieber, Cholera, Japanische Enzephalitis, Malariaprophylaxe,
4. beruflich bedingte Impfungen.

Die Leistungen nach den Ziffern 1 und 2 fallen nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2) und gelten zusammen mit Aufwendungen nach Nr. 1.1 b) und Nr. 1.3 c) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR hinsichtlich einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (siehe Teil I § 4 Abs. 9 c)) nicht als in Anspruch genommene Leistung. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.

f) Notärztliche Einsätze

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für notärztliche Einsätze.

g) Fahrt- und Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. die Fahrt oder den Transport zum nächsterreichbaren 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)
   - zur ambulanten Chemotherapie,
   - zur ambulanten Strahlenbehandlung und
   - zur ambulanten Dialysebehandlung.
3. die Fahrt zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Behandlungstag mit
   - einem Taxi oder
   - einem öffentlichen Verkehrsmittel (2. Klasse) oder
   - einem privaten Kraftfahrzeug.

   bei
   - ambulanten Operationen nach Ziffer 1.1 o)
   - ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit
   - Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z. B. Magen- und Darmspiegelung).

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs zu Ziffer 1 bis 3 werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR als Aufwendungen zugrunde gelegt.

h) Heilmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören z.B. Inhalationen, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, Podologie und Ernährungstherapie.

Die Aufwendungen sind bis zur zweifachen Höhe der nach den Beihilfevorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstsätzen erstattungsfähig.

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

i) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräte), die körperlichen 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).

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art (außer Sehhilfen und Hörgeräte) werden einmal im Kalenderjahr erbracht, sofern nachweislich eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist oder bei Verlust des Hilfsmittels.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (z.B. Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR innerhalb von zwei Jahren. Maßgeblich für die Berechnung des Zeitraums sind die Bezugsdaten der Sehhilfen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR je Ohr innerhalb von fünf Jahren. Maßgeblich für die Berechnung des Zeitraums sind die Bezugsdaten der Hörgeräte.

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

Kann das Hilfsmittel aus der Pflegepflichtversicherung (PPV) beansprucht werden, besteht kein tariflicher Erstattungsanspruch.

Nicht erstattungsfähig sind

- Mehrkosten für Ausstattungsmerkmale eines Hilfsmittels, die für den Ausgleich der körperlichen Behinderung objektiv nicht erforderlich sind sowie
- Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

Zur Nutzung etwaiger Preisnachlässe ist beim Bezug von Hilfsmitteln der Leistungserbringer auf die Versicherung bei der INTER hinzuweisen.

Es wird empfohlen, das Hilfsmittel über den Hilfsmittelservice der INTER zu beziehen oder eine schriftliche Erstattungszusage der INTER auf der Basis eines Kostenvoranschlags einzuholen.

j) Psychotherapie

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie) durch

- Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie,
- approbierte psychologische Psychotherapeuten und
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

k) Alternativmedizin

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten ambulanten Leistungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen

Heilpraktikergesetzes oder Ärzte einschließlich Arznei- und Verbandmittel nach 1.1 c.

l) Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet ist und nicht aus der Pflegepflichtversicherung beansprucht werden kann. Im Versicherungsumfang enthalten sind medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern 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) und
- Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen).

m) Überleitungspflege / Krankenhausvermeidungspflege

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in häuslicher Umgebung bis zu 4 Wochen,

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

Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) besteht.

n) Ambulante Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere ambulante Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7.

o) Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Katalog nach § 115b SGB V genannten ambulante Operationen.

p) Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Erstattungsfähig sind die Quartalspauschalen in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ). Es gelten die festgesetzten Vergütungssätze der Landesrahmenvereinbarung zwischen den Sozialministerien der entsprechenden Länder und den gesetzlichen Kostenträgern.

q) Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Soziotherapie.

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

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

r) Haushaltshilfe

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis maximal 50 EUR pro Tag und bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr, wenn sie aufgrund schwerer Krankheit, schwerer Verletzung, Schwangerschaft und Entbindung ärztlich verordnet ist und eine Haushaltsführung von keiner im Haushalt lebenden Person gewährleistet werden kann.

s) Kinderwunschbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Künstliche Befruchtung, wenn die folgenden Voraussetzungen vorliegen:
   - Organisch bedingte Sterilität (keine idiopathische Sterilität) der versicherten Person, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
   - zum Zeitpunkt der Behandlung weder die Frau das 40. Lebensjahr noch der Mann das 50. Lebensjahr vollendet hat,
   - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung gegeben ist,
   - die Behandlung bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt wird und
   - eine Befruchtung ausschließlich mit Ei- und Samenzellen des Ehepaares bzw. der Partner in eheähnlicher Lebensgemeinschaft (homologe Befruchtung) erfolgt.

   Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, in-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln.
2. Kryokonservierung, einschließlich einmaliger Entnahme von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe, wenn die Entnahme vor Beginn einer

voraussichtlich keimzellschädigenden Behandlung erfolgt.

Erstattungsfähig sind die Kosten für die Vorbereitung und die Entnahme, die Aufbereitung, den Transport, das Einfrieren, die Lagerung und das spätere Auftauen von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe für bis zu zehn Jahre, längstens jedoch bis zu den genannten Altersgrenzen bei „künstlicher Befruchtung" (siehe Ziffer 1).

1.2 Stationäre Heilbehandlung

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

aa) Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus in Deutschland

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach

- dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG),
- dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG),
- dem Klassifikationssystem Diagnosis Related Groups (DRG),
- dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (PEPP) und
- der Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch die Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

bb) Behandlung in einer Privatklinik in Deutschland

Sofern Privatkliniken nach den vorgenannten Vorschriften (dem KHG, KHEntgG, DRG, PEPP bzw. der BPflV) abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind, erfolgt die Erstattung ebenfalls nach Maßgabe des KHG, KHEntgG, DRG, PEPP bzw. der BPflV.

In Privatkliniken, die nicht zur Abrechnung nach dem KHG, KHEntgG, DRG, PEPP bzw. der BPflV verpflichtet sind und auch nicht analog dieser Bestimmungen abrechnen, sind diejenigen Kosten erstattungsfähig, die das Zweifache der Kosten nicht überschreiten, die bei einer Abrechnung einer vergleichbaren Behandlung in einem Plankrankenhaus nach dem KHG, KHEntgG, DRG, PEPP bzw. der BPflV entstanden wären.

Bei der Erstattung nach

- KHG, KHEntgG, DRG und BPflV wird der Landesbasisfallwert des jeweiligen Bundeslandes und der durchschnittliche Pflegeentgeltwert zugrunde gelegt, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand,
- PEPP wird der bundesdurchschnittliche PEPP-Basisentgeltwert am Tag der Aufnahme zugrunde gelegt.

cc) Behandlung in einem Krankenhaus im Ausland

Bei Behandlung in einem Krankenhaus im Ausland wird der Bundesbasisfallwert und der durchschnittliche Pflegeentgeltwert zugrunde gelegt. Erstattungsfähig sind diejenigen Kosten, die das Zweifache der Kosten nicht überschreiten, die bei einer Abrechnung einer vergleichbaren Behandlung in einem Plankrankenhaus in Deutschland nach dem KHG, KHEntgG, DRG bzw. der BPflV entstanden wären.

Bei Aufenthalten in psychiatrischen und/oder psychosomatischen Krankenhäusern wird der bundesdurchschnittliche PEPP-Basisentgeltwert am Tag der Aufnahme zugrunde gelegt. Erstattungsfähig sind diejenigen Kosten, die das Zweifache der Kosten nicht überschreiten, die bei einer Abrechnung einer vergleichbaren Behandlung in einem Plankrankenhaus in Deutschland nach dem PEPP entstanden wären.

Mit den vorher genannten Regelungen 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.

c) Fahrt- und Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt oder den Transport zum und vom Krankenhaus oder für einen Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus.

Soweit nicht die Beförderung mit einem anderen Transportmittel medizinisch notwendig ist, werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Verkehrsmittel erstattet:

- Öffentliche Verkehrsmittel (2.Klasse),
- Taxi oder
- privates Kraftfahrzeug (0, 30 EUR je km).

d) Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbleibende 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 c) gelten entsprechend.

e) Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn ein nach diesem Tarif

versichertes Kind bis zum vollendeten 16. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

f) Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Sinne des § 115a SGB V.

g) Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine notwendige stationäre Versorgung in einem Hospiz, wenn

- die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- die Lebenserwartung voraussichtlich auf Wochen oder wenige Monaten begrenzt ist,
- eine ärztliche Verordnung vorliegt und
- das Hospiz von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versorgungsvertrag zugelassen ist.

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen der Pflegepflichtversicherung - die Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung entstanden wären.

1.3 Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlungen. Dazu zählen zum Beispiel:

- Kunststofffüllungen,
- Wurzelbehandlungen,
- Paradontosebehandlungen.

b) Zahnvorsorge

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnmedizinische Vorsorgeleistungen. Dazu gehören zum Beispiel:

- Erstellung des Mundhygienestatus, sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

c) Professionelle Zahnreinigung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung (ausgenommen Bleaching) zweimal im Kalenderjahr.

Diese Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2) und gilt zusammen mit Nr. 1.1 b) und Nr. 1.1 e) Ziffer 1 und 2 bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR hinsichtlich einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (siehe Teil I § 4 Abs. 9 c)) nicht als in Anspruch genommene Leistung.

d) Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen.

e) Zahnersatz

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, Onlays), Aufbaufüllungen und Provisorien, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen einschließlich der im Zusammenhang mit dem Einbringen der Implantate stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen.

Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von 2.000 EUR oder mehr empfiehlt die INTER rechtzeitig vor Behandlungsbeginn einen 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.

Zahnbehandlung, Zahnvorsorge, Professionelle Zahnreinigung, Kieferorthopädie und Zahnersatz werden auch dann als zahnärztliche Behandlung nach Nr. 1.3 a) bis e) erstattet, wenn diese von einem Arzt ausgeführt worden sind. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Leistungszusage 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) über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit diesen Aufwendungen eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren über den Gebührenrahmen des gültigen

deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) hinaus.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers bis zum Höchstsatz der Hebammengebührenordnung (HebGebO).

1.5 Entwöhnungsmaßnahmen

Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage durch die INTER sind die Aufwendungen für bis zu drei ambulante oder stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) über die Vertragslaufzeit erstattungsfähig, soweit, dass dem Grunde nach kein Anspruch bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht. Die INTER kann die Art der Maßnahme, die zu wählende Einrichtung und die Dauer der Entwöhnungsmaßnahme bestimmen.

Schließt sich an eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme innerhalb von zwei Monaten nach Entlassung eine ambulante Nachsorgemaßnahme an, gilt dies als eine einheitliche Maßnahme, längstens jedoch für sechs Monate ab Beginn der ambulanten Nachsorgemaßnahme.

1. Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen

   Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Entwöhnungsmaßnahmen. Nicht erstattungsfähig sind Fahrtkosten.

2. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen

   Erstattungsfähig sind die Tagessätze öffentlicher Rehabilitationseinrichtungen, die gegenüber gesetzlichen Rehabilitationsträgern (z.B. Rentenversicherungsträger) berechnungsfähig sind.

   Bei einem Aufenthalt in einer Privatklinik ist die Erstattung auf 250 EUR je Tag begrenzt.

   Nicht erstattungsfähig sind:

   - Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen sowie gesondert berechenbare Unterkunft und
   - Fahrtkosten.

1.6 Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme

a) Als Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme gelten medizinisch notwendige
   - Kuren,
   - Mutter-Kind- oder Vater-Kind Kuren und
   - medizinische Rehabilitationen.

b) Geleistet wird ein Kurtagegeld in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes aus den nachfolgend genannten Tagessätzen:
   - 300 EUR bei einer stationären Kur/Rehabilitation
   - 225 EUR bei einer teilstationären Kur/Rehabilitation
   - 150 EUR bei einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur
   - 150 EUR bei einer ambulanten Kur/Rehabilitation

c) Das Kurtagegeld wird für Kuren- oder Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland von mindestens 14 Tagen Dauer (zusammenhängend) und für längstens 42 Tage pro Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme gezahlt.

d) Ein erneuter Leistungsanspruch besteht frühestens 36 Monate nach Beendigung der letzten Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme.

e) Es besteht kein Anspruch auf ein Kurtagegeld bei einer sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7.

1.7 Absicherung von Lebendorganspendern

Die im Folgenden geregelte Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers.

Maßgeblich für die Höhe der Erstattung ist die mit dem Organempfänger vereinbarte Tarifstufe (versicherter Erstattungssatz). Erstattungsfähig sind die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten für

- erforderliche Voruntersuchungen, stationäre Behandlung und die Nachbetreuung nach § 8 Abs. 3 Transplantationsgesetz (TPG) sowie die
- ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation, wenn diese medizinisch notwendig ist.

Außerdem sind erstattungsfähig

- die angemessenen Fahrt- und Reisekosten zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort,
- der nachgewiesene tatsächlich erlittene Verdienstausfall bis höchstens 500 EUR netto je Tag,
- bei Selbständigen der nachgewiesene Verdienstausfall, höchstens jedoch im Umfang desdurchschnittlichen monatlichen Verdienstes der letzten zwölf Monate bis höchstens 500 EUR netto je Tag (nicht berücksichtigt werden Ansprüche auf der Grundlage entgangener Aufträge),
- der nachgewiesene Ausfall von Sozialversicherungsbeiträgen und
- die Kosten der im Zusammenhang mit der Organspende verpflichtenden gutachterlichen Stellungnahme.

Soweit der Organspender aufgrund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstausfall erleidet, erstattet die INTER anstelle des Verdienstausfalls dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt bis höchstens 500 EUR netto je Tag sowie die vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Eine vertragliche Selbstbeteiligung (siehe Nr. 2) entfällt.

Personen, die Blut, Gewebe oder Organe spenden, sind gesetzlich unfallversichert. Treten Komplikationen im Zusammenhang mit der Organspende auf und besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, besteht nur ein Anspruch für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

1.8 Leistung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), besteht Anspruch auf die Zahlung einer Leistung in Höhe von einem Monatsbeitrag des Tarifs INTER BeMed Premium für jeden Monat, für den Elterngeld bezogen wird, maximal für sechs Monate. Monate, in denen der versicherten Person anzurechnende Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) zustehen, gelten als Monate, für die die berechtigte Person Elterngeld bezieht.

Bemessungsgrundlage ist der Beitrag vom Tarif INTER BeMed Premium für die versicherte Person einschließlich des zu entrichtenden gesetzlichen Zuschlags nach § 149 VAG und des ggf. zu zahlenden Risikozuschlags zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes.

Anspruchsvoraussetzungen sind:

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

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

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

1.9 Digitale Gesundheitsanwendungen

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

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unter folgenden Voraussetzungen:

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

   und

   b) die DiGA wurden von folgenden Leistungserbringern verordnet:

      - niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten,
      - approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
      - approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis,
      - staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen)

   und

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

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn es sich um digitale Gesundheitsanwendungen handelt, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von den Leistungserbringern nach Ziffer 1. b) verordnet wurden und über Kooperationspartner der INTER angeboten werden.

3. Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung gemäß Ziffer 1. b) für maximal zwölf Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung von den Leistungserbringern erforderlich.

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

   Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, auch wenn sie vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Abs. 3 (SGB XI) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig.

1.10 Telemedizin

Ambulante Heilbehandlungen nach Nr. 1.1 sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden. Telemedizinische Leistungen sind telefonische oder videogestützte Gespräche mit Ärzten.

1.11 Krankenrücktransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die Kosten für den medizinisch notwendigen Rücktransport, 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
- der Rücktransport wirtschaftlich günstiger ist als die Weiterbehandlung im Ausland.

Der Rücktransport kann an einen gewünschten Ort in Deutschland erfolgen. Sofern in einem EWR-Vertragsstaat oder der Schweiz ein gewöhnlicher Aufenthalt besteht, kann der Rücktransport auch an einen gewünschten Ort in diesem Land erfolgen.

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

Wird der Rücktransport vom medizinischen Dienst im Auftrag der INTER organisiert, sind die entstehenden Kosten in voller Höhe erstattungsfähig. Anderenfalls sind die erstattungsfähigen Kosten auf 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland begrenzt.

Wird ein von der INTER angebotener und zumutbarer Rücktransport von der versicherten Person abgelehnt, beschränkt sich die Leistungspflicht der INTER für die Fortsetzung der Heilbehandlung im Ausland auf den Betrag, der bei einer Weiterbehandlung im Inland angefallen wäre.

1.12 Überführung oder Bestattung im Todesfall

Erstattungsfähig sind bei Tod der versicherten Person während eines Auslandsaufenthaltes die Aufwendungen für die Überführung nach Deutschland oder in das Land des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes.

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.

2. Selbstbeteiligung

Von den tariflichen Leistungen für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung (Nr.1.1 und Nr. 1.3) sowie für Entwöhnungsmaßnahmen (Nr. 1.5), Digitale Gesundheitsanwendungen (NR. 1.9), Telemedizin (Nr. 1.10) und Krankenrücktransport aus dem Ausland (Nr. 1.11) wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Sie beträgt in der Tarifstufe

INTER BeMed Premium	**0 EUR,**
INTER BeMed Premium SB	**600 EUR,**

und reduziert sich bezogen auf den versicherten Erstattungssatz für ambulante/zahnärztliche Leistungen (600 EUR x %-Erstattungssatz ambulant/zahnärztlich) pro versicherter Person und Kalenderjahr.

Beispiel: Bei einem Erstattungsprozentsatz für ambulante Leistungen von 50 % für eine versicherte Person beträgt der auf sie entfallende Selbstbehalt 300 € pro 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.

Vorsorgeuntersuchungen nach Nr. 1.1 b) und Schutzimpfungen nach Nr. 1.1 e) Ziffer 1 und 2, sowie professionelle Zahnreinigung nach Nr. 1.3 c) fallen nicht unter die Selbstbeteiligung, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird.

3. Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

a) Optionsrecht während des Beihilfeanspruchs

Der Versicherungsnehmer hat das Recht ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten zu den nachfolgend aufgeführten Zeitpunkten oder Ereignissen den Versicherungsschutz einer versicherten Person um die folgenden Tarife zu erweitern, sofern die versicherte Person in diesem Tarif versicherungsfähig ist:

- INTER BeMed Premium Ergänzung
- INTER BeMed Zweibett
- INTER BeMed Einbett

Die Erweiterung des Versicherungsschutzes kann ebenfalls durch einen Wechsel in eine geringere Selbstbehaltsstufe erfolgen.

1. Zeitpunkte:

   Die Erhöhung ist möglich zum Ende des dritten, fünften und siebten Versicherungsjahres (siehe Teil I § 12 Abs. 1) seit Versicherungsbeginn der betreffenden versicherten Person in einer Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER.

2. Ereignisse:

   Die Erhöhung ist außer zu den genannten Zeitpunkten möglich

   - Bei erstmaliger Ernennung zum Beamten auf Probe, auf Zeit oder auf Lebenszeit,
   - bei einem Auslandsaufenthalt innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre seit Versicherungsbeginn im Tarif INTER BeMed Premium. Voraussetzung ist, dass der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet.
   - einmalig bei Eheschließung,
   - bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption.

   Die Erhöhung ist bis zum Ablauf von zwei Monaten ab den oben genannten Zeitpunkten oder dem Eintritt eines der oben genannten Ereignisse zu beantragen.

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

   Voraussetzung ist, dass im letzten Monat vor Versicherungsbeginn im Tarif INTER BeMed Premium keine andere Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER bestand.

   Das gesetzliche Tarifwechselrecht gemäß § 204 VVG bleibt unberührt.

b) Optionsrecht bei Fortfall des Beihilfeanspruchs

   Sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt werden, hat der Versicherungsnehmer das Recht ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, nach Fortfall des Beihilfeanspruchs und gleichzeitiger Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit oder einer Tätigkeit als Arbeitnehmer, zusätzlich ein für den Neuzugang geöffneten Krankentagegeldtarif zu vereinbaren,

   - für Selbstständige ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
   - für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit

   bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch 140 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer.

   Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt sein. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats.

4. Serviceleistungen

Das INTER Service Center bietet umfangreiche Serviceleistungen an:

<u>Medizinische Informationen zu</u>

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

<u>Unterstützung und Betreuung durch</u>

- 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 über Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

<u>Betreuung bei Auslandsreisen</u>

- 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.