

Krankheitskostenvollversicherung

BestensGesund

Premium SB 0	(Tarifstufe 895)
Premium SB 500	(Tarifstufe 896)
Premium SB 1.000	(Tarifstufe 897)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2026 (AVB/KK 2026) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung

Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein (Version 2026)**

A. Leistungen des Versicherers

1. Anerkannte Gebühren bei erstattungsfähiger Behandlung im Inland:

- a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen werden erstattet, soweit sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) berechnet sind. Bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung werden auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ erstattet.
- b) Leistungen von nichtärztlichen approbierten Psychotherapeuten werden erstattet, soweit sie nach der gültigen Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet sind. Bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung werden auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOP erstattet.
- c) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspfleger werden erstattet, soweit sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen berechnet sind.
- d) Leistungen eines Heilpraktikers werden erstattet, soweit sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet sind und die dort genannten Höchstbeträge nicht überschreiten.
- e) Leistungen von Heilmitteln durch Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe werden soweit erstattet, wie sie die von der Bundesbeihilfe festgelegten Höchstbeträge um nicht mehr als 20% übersteigen.
- f) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien werden in ortsüblicher Höhe erstattet.
- g) Sofern ein Krankenhaus unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden für allgemeine Krankenhausleistungen die nach der aktuellen Fassung festgelegten Gebührenhöhen erstattet.
Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, sind im Inland maximal bis zur doppelten Höhe gemäß vorgenannter Gesetze erstattungsfähig. Grundlage ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Versicherte behandelt wird.
Diese Begrenzung findet keine Anwendung, sofern die versicherte Person aufgrund eines Unfalls oder Notfalls von einem Rettungsdienst in ein solches Krankenhaus eingeliefert wird.
- h) Für alle anderen Leistungen gilt: Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Existiert eine solche Vergütungsvereinbarung nicht, werden Gebühren in der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer von einem gesetzlich Versicherten in einem vergleichbaren Fall verlangen könnte, es sei denn, es ist im Folgenden etwas Anderes festgelegt.

2. Anerkannte Gebühren bei erstattungsfähiger Behandlung im Ausland:

- a) Bei erstattungsfähiger Behandlung während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts – siehe jedoch Ausnahme in Buchstabe A. 2. b) – oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, soweit eine Vereinbarung gemäß §1 Teil II Ziffer 5 AVB/KK 2026 geschlossen wurde (EWR-Ausland) bzw. gemäß § 1 Teil II Ziffer 4 b) AVB/KK 2026 (Nicht-EWR-Ausland), gilt:

Es werden Kosten bis zu der Höhe anerkannt, wie sie am Aufenthaltsort in vergleichbaren Fällen üblicherweise berechnet werden.
- b) Bei gezielter Auslandsbehandlung ohne zwingenden Behandlungsgrund im Ausland bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Eine gezielte Auslandsbehandlung ohne zwingenden Behandlungsgrund im Ausland liegt vor, sofern die Heilbehandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe der Reise ist und die Heilbehandlung auch in Deutschland hätte durchgeführt werden können. Eine gezielte Entbindung im Ausland steht der gezielten Heilbehandlung im Ausland gleich.
- c) Bei einer gezielter Auslandsbehandlung mit zwingendem Behandlungsgrund im Ausland, weil die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden kann, werden neben der Erstattung der Kosten der Behandlung gemäß Buchstabe A. 2. a) auch Reisekosten in angemessener Höhe für die versicherte Person und eine erwachsene Begleitperson erstattet. Zu den Reisekosten zählen neben Fahrt bzw. Transportkosten auch die Unterbringung am ausländischen Aufenthaltsort.

3. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) ärztliche Leistungen (auch Video-Beratungen und –Untersuchungen)

zu 100 %

Für folgende Leistungen bestehen Einschränkungen:

- **operative Sehschärfenkorrektur (z. B. LASIK/ LASEK):** Erstattungsfähig sind innerhalb von 60 Monaten maximal 5.000 Euro.
- **Kinderwunschbehandlung:** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Insemination, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion. Voraussetzung dafür ist, dass eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt, für die Behandlung eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und zum Zeitpunkt der Behandlung die weibliche versicherte Person das 40. Lebensjahr und die männliche versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Erstattungsfähig sind bis zur Geburt eines lebenden Kindes maximal 4 Versuche für jedes der genannten Verfahren, wobei ein Versuch, der zu einer festgestellten Schwangerschaft mit anschließender Fehlgeburt führt, nicht gezählt wird. Die Anzahl der Versuche bei mit hinreichender Erfolgsaussicht durchgeführten Inseminationen ohne hormonelle Stimulation ist abweichend hiervon nicht begrenzt.

Erstattungsfähig sind innerhalb der ersten 36 Monate nach Versicherungsbeginn maximal 2.000 Euro.

Besteht ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger bleibt der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die von dem Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.

- **Kryokonservierung:** Erstattungsfähig sind einmalig die Aufwendungen der ärztlichen Leistungen für eine Kryokonservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person eine keimzellenschädigende Therapie erhält. Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für die Konservierung.
Leistungen werden erbracht, so lange bis die weibliche versicherte Person das 40. Lebensjahr bzw. die männliche versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat.

Es besteht folgende Leistungserweiterung von § 1 Teil II Ziffer 1 AVB/KK 2026:

- **Vorsorgeuntersuchungen:** Über die in den gesetzlichen Programmen enthaltenen Vorsorgeuntersuchungen hinaus sind auch andere Untersuchungen zur gezielten Erkennung einer bestimmten Krankheit erstattungsfähig.

b) Psychotherapie

zu 100 %

Erstattungsfähig ist die Psychotherapie durch ärztliche oder nichtärztliche Psychotherapeuten.

c) Leistungen durch Hebammen und Geburtshäuser

zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei Schwangerschaft und Entbindung Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern. Erstattungsfähig sind insbesondere Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie ein Geburtsvorbereitungskurs für die schwangere Frau.

Erstattungsfähig sind bei Entbindung in einem Geburtshaus auch die Kosten, die zusätzlich von dem Geburtshaus in Form einer Betriebskostenpauschale in Rechnung gestellt werden können.

d) Arznei- und Verbandmittel

zu 100 %

Erstattungsfähig wie Arzneimittel sind auch Harn- und Blutteststreifen, enterale und parenterale Ernährung sofern eine normale Nahrungsaufnahme medizinisch nicht möglich ist, sowie bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel die erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

Nicht erstattungsfähig sind andere als im vorstehenden Absatz genannte Nähr- und Stärkungsmittel, Geriatrika, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer und Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts sowie zur Verbesserung des Haarwuchses, es sei denn, die versicherte Person ist an kreisrundem Haarausfall (Alopecia areata) erkrankt.

Verschreibungspflichtige Mittel, die zur Empfängnisverhütung verordnet werden, sind nur erstattungsfähig, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Verordnung das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die vorgenannte Altersbegrenzung gilt nicht, wenn die versicherte Person mutmaßlich Opfer einer Sexualstraftat wurde und nachträglich ein Arzneimittel zur Empfängnisverhütung einnimmt.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nur erstattungsfähig, wenn eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist.

Anlässlich einer Auslandsreise ist auch eine Malaria-Prophylaxe erstattungsfähig.

e) Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer

zu 100 %

Erstattungsfähig sind alle Leistungen, die im Leistungsverzeichnis der Bundesbeihilfe aufgeführt sind. Hierzu gehören u. a. physiotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische, podologische und ernährungstherapeutische Leistungen.

f) Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Seh- und Hörhilfen, technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- und Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, den Erfolg der Heilbehandlung sichern bzw. das Leben erhalten. Dies umfasst insbesondere auch alle Hilfsmittel, die im aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung genannt sind.

Erstattungsfähig ist auch

- die Anschaffung eines Blindenhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen,
- die Anschaffung eines Blutzuckermessgerätes mit Sensortechnik einschließlich dem notwendigen Austausch der Sensoren,
- die Durchführung von Dialyse zu Hause einschließlich der Kosten der Überlassung eines Heimdialysegeräts.

Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln (bis maximal zur Höhe des Anschaffungspreises) sowie die Unterweisung im Gebrauch, Anpassung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für den Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Strom, Batterien).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Hilfsmittel, die die Pflegepflichtversicherung zu erstatten hat,
- Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind, sowie
- Hilfsmittel, die auch für den täglichen Gebrauch einer gesunden Person geeignet sind.

Die Aufwendungen für erstattungsfähige Hilfsmittel werden im folgenden Umfang übernommen:

1) Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) zu 100 %

Erstattungsfähig sind Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) sowie die Reparatur von Sehhilfen.

Erstattungsfähig sind maximal 600 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren.

2) Sonstige erstattungsfähige Hilfsmittel

- bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro **zu 100 %**

- ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro, sofern die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers erfolgt oder die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers nicht möglich ist bzw. die Beschaffung notfallmäßig erfolgen musste **zu 100 %**

- ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro, sofern die Beauftragung des Hilfsmittelservices des Versicherers nicht erfolgt ist, obwohl eine Beschaffung über den Hilfsmittelservice möglich gewesen wäre. **zu 80 %**

Wird aufgrund der speziellen Erkrankung der versicherten Person absehbar mehrfach ein Hilfsmittel notwendig, ist der Versicherer berechtigt, eine zukünftige Erstattung unter den Vorbehalt zu stellen, dass der Versicherer mit der Beschaffung des Hilfsmittels beauftragt wird. Darüber wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in Textform informieren. Ab dem Zeitpunkt von 14 Tagen nach der Kenntnisnahme durch den Versicherungsnehmer bleibt der Versicherer nur zu Aufwendungen in der Höhe leistungspflichtig, wie sie in dem Falle entstanden wären, in dem der Versicherer das Hilfsmittel beschafft hätte, maximal jedoch **80%** des Rechnungsbetrages, zu dem der Versicherungsnehmer das Hilfsmittel selbst beschafft hat.

g) Leistungen durch Heilpraktiker zu 100 %

Behandlungen durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig, soweit sie im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Eine eventuelle Leistungsbegrenzung durch § 4 Teil I Ziffer 6 AVB/KK 2026 findet insoweit keine Anwendung. Nicht erstattungsfähig sind jedoch psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker, es sei denn der Heilpraktiker ist berechtigt, die psychotherapeutische Behandlung nach den Bestimmungen von Buchstabe A. 3. b) durchzuführen.

Ist der Heilpraktiker Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen in Deutschland oder hat er eine osteopathische Ausbildung absolviert, die zum Beitritt in einen solchen Verband berechtigt, sind osteopathische Leistungen in ortsüblicher Höhe auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der GebüH berechnet sind.

Ist der Heilpraktiker Mitglied der deutschen Chiropraktoren Gesellschaft (DCG), sind chiropraktische Leistungen in ortsüblicher Höhe auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der GebüH berechnet sind.

Leistungen von Heilpraktikern (Behandlungen und verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel) sind bis maximal 2.000 Euro je Versicherungsjahr erstattungsfähig.

h) Häusliche Pflege zu 100 %

Erstattungsfähig ist die häusliche Behandlungspflege (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen; Intensivpflege), die von Ärzten verordnet und verantwortet wird.

Erstattungsfähig ist unter folgenden Voraussetzungen auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 28 Tagen je Versicherungsfall:

- die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches und
- entweder wird durch die häusliche Pflege ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden (Krankenhausvermeidungspflege) oder

- die häusliche Pflege wird nach einer Krankenhausbehandlung bzw. ambulanten Operation aufgrund einer schweren Erkrankung kurzfristig notwendig (Unterstützungspflege).

Erstattungsfähig sind für hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 15 Euro pro Stunde, maximal 120 Euro pro Tag. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfen, die bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert mit der versicherten Person sind.

i) Außerklinische Intensivpflege zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei Intensivpflege (z. B. 24 Stunden-Beatmung, vgl. Buchstabe A. 3. h)) auch die Kosten für die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 43 SGB XI (s. Anhang) oder in einer anderen geeigneten Pflegeeinrichtung gemäß § 73 SGB XI (s. Anhang), die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleiben.

j) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit zu 100 %

Erstattungsfähig ist Kurzzeitpflege im Sinne und Umfang des § 42 SGB XI (s. Anhang).

Voraussetzungen sind:

- die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches und
- die Leistungen der häuslichen Unterstützungspflege nach Buchstabe A. 3. h) reichen nicht aus, um die Versorgung der versicherten Person sicherzustellen und
- die Kurzzeitpflege findet in einem gemäß elften Sozialgesetzbuch zugelassenen Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung statt.

k) Palliativversorgung zu 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie die Unterbringung in einem Hospiz.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, hierdurch die Lebenserwartung begrenzt ist und deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt wird.

l) Sozialpädiatrische Leistungen und Frühförderung zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für sozialpädiatrische Leistungen und Frühförderung.

Besteht ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger bleibt der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die von dem Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.

m) Soziotherapie zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie je Versicherungsfall bis zu 120 Stunden innerhalb von 3 Versicherungsjahren.

Voraussetzung ist, dass die Soziotherapie ärztlich verordnet ist.

4. Kurbehandlung zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei ärztlich verordneten Kurbehandlungen die Aufwendungen gemäß Ziffer 3 sowie die Kosten für Kurtaxe und Kurplan. Für Unterkunft und Verpflegung wird ein Kurtagegeld in Höhe von 30 € je Tag, maximal aber für 28 Tage je Versicherungsjahr, gezahlt.

5. Akutstationäre Heilbehandlung

Eine **akutstationäre** Behandlung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung in einem Krankenhaus (vgl. § 4 Teil I Ziffer 4 AVB/KK 2026 in Verbindung mit § 4 Teil II Ziffer 11 AVB/KK 2026) durchgeführt wird, die keine Rehabilitationsmaßnahme (vgl.

Buchstabe A. 6) darstellt. Die akutstationäre Behandlung umfasst insbesondere auch Maßnahmen zur Frührehabilitation.

Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung Aufwendungen für

a) Allgemeine Krankenhausleistungen **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegesatzverordnung. Unterliegt ein Krankenhaus nicht dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Unterbringung sowie alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen, soweit sie nicht von den Bestimmungen des Buchstaben A. 5. b) bis d) umfasst sind.

b) Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer/ Familienzimmer **zu 100 %**

Erstattungsfähig ist die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie durch das Krankenhaus in Rechnung gestellte Komfortleistungen (z. B. verbesserte Verpflegung durch das Krankenhaus, Bereitstellungskosten für Telefonanschluss, WLAN, TV und Radio). Im Rahmen einer Entbindung der weiblichen versicherten Person ist auch die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung in einem Familienzimmer erstattungsfähig. Existiert keine Vergütungsvereinbarung zwischen dem Krankenhaus und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, so sind Kosten maximal in der Höhe erstattungsfähig, wie sie in einem Krankenhaus anfallen können, mit dem der Verband der privaten Krankenversicherung eine Vergütungsvereinbarung geschlossen hat.

c) Privatärztliche Behandlung **zu 100 %**

Erstattungsfähig ist die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung. Hierzu gehören im Inland ausschließlich die wahlärztliche und die belegärztliche Behandlung.

d) Hebammen und Entbindungspfleger **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

e) Ersatzkrankenhaustagegeld im Inland

Werden bei einer akutstationären Behandlung im Inland für den gesamten Krankenhausaufenthalt keine Leistungen für die privatärztliche Behandlung gemäß Buchstabe A. 5. c) in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers für jeden Kalendertag des Krankenhausaufenthalts der versicherten Person ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von

50 Euro

gezahlt.
Für versicherte Kinder und Jugendliche (vgl. § 8 a Teil II Ziffer 1 AVB/KK 2026) gilt der hälftige Betrag.

Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammengerechnet und gelten als ein Kalendertag.

Werden bei einer akutstationären Behandlung im Inland teilweise oder insgesamt keine gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Buchstabe A. 5. b) in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers ein

Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von

30 Euro

für jeden Kalendertag gezahlt, an dem die gesondert berechenbare Unterbringung nicht in Anspruch genommen wurde. Dies gilt jedoch nicht für die Tage des Krankenhausaufenthalts, in denen sich die versicherte Person in einer Intensiv- oder Säuglingsstation befand.

Für versicherte Kinder und Jugendliche (vgl. § 8 a Teil II Ziffer 1 AVB/KK 2026) gilt der hälftige Betrag.

Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammengerechnet und gelten als ein Kalendertag.

6. Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) Anschlussheilbehandlungen (AHB)

zu 100 %

Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich an eine akutstationäre Behandlung im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des akutstationären Aufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach Strahlentherapie), kann auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB gelten.

Aufwendungen für ambulante oder stationäre AHB sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die vorherige Zusage für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre AHB erteilen, sofern kein anderer Kostenträger (z.B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

Bei ambulanter AHB sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 3. a), b), d), e) und f) erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind auch Kostenpauschalen für Leistungen, die die Einrichtung darüber hinaus erbringt, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen.

Bei stationärer AHB sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 5. Buchstabe a) bis c) erstattungsfähig. Ein Ersatzkrankenhaustagegeld gemäß Buchstabe A. 5. e) wird hingegen nicht erstattet.

b) Entwöhnungsbehandlungen

zu 100 %

Erstattungsfähig sind maximal drei Entwöhnungsbehandlungen innerhalb von 10 Versicherungsjahren, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Aufwendungen für ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die vorherige Zusage für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung erteilen, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist und es sich nicht um eine Entwöhnungsbehandlung aufgrund Nikotinsucht handelt.

Bei ambulanter Entwöhnung sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 3. a), b), d) und e) erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind auch Kostenpauschalen für Leistungen, die die Einrichtung darüber hinaus erbringt, um die Ziele der Entwöhnung zu erreichen.

Bei stationärer Entwöhnung sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 5. a) erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung sowie privatärztliche Leistungen nach Buchstabe A. 5. b) und c). Ein Ersatzkrankenhaustagegeld gemäß Buchstabe A. 5. e) wird ebenfalls nicht erstattet.

c) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen

zu 100 %

Erstattungsfähig sind - außer den in Buchstabe A. 6. a) und b) genannten – weitere medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen. Hierzu zählen zum Beispiel Rehabilitationszentren bei Multipler Sklerose oder Parkinson.

Aufwendungen für sonstige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die vorherige Zusage für eine medizinisch notwendige sonstige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme erteilen, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

Bei ambulanter Rehabilitationsmaßnahme sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 3. a), b), d), e) und f) erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind auch Kostenpauschalen für Leistungen, die die Einrichtung darüber hinaus erbringt, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen.

Bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 5. a) bis c) erstattungsfähig. Ein Ersatzkrankenhaustagegeld gemäß Buchstabe A. 5. e) wird hingegen nicht erstattet.

d) Ambulanter Rehabilitationssport in Gruppen und Funktionstraining **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen und ärztlich verordnetes Funktionstraining.

7. Krankentransporte und Krankenfahrten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) Krankentransporte **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Krankentransporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber zur bzw. von der ambulanten oder stationären Behandlung bis zu einer Entfernung von 100 km.

Voraussetzung ist, dass es sich hierbei um einen Rettungstransport zum Krankenhaus handelt oder die versicherte Person während der Fahrt zur/von der medizinisch notwendigen Behandlung aus medizinischen Gründen von medizinisch geschultem Personal begleitet werden muss. Bei Rettungstransporten gilt: Ist innerhalb einer Entfernung von 100 km kein geeignetes Krankenhaus verfügbar, so ist der Transport bis zum nächstgelegenen geeigneten und verfügbaren Krankenhaus erstattungsfähig. Gleiches gilt für andere medizinisch notwendige Transporte, sofern innerhalb einer Entfernung von 100 km zum Wohnort kein geeigneter Behandlungsort verfügbar ist.

b) Krankenfahrten **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Krankenfahrten im Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW zu und von der ambulanten oder stationären medizinisch notwendigen Behandlung.

Voraussetzung ist, dass mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist aus medizinischen Gründen zumindest teilweise nicht in der Lage ein Fahrzeug zu führen und dies wird ärztlich bestätigt.
- Es handelt sich um eine ambulante Dialyse- bzw. Apheresebehandlung, Strahlen- oder Chemotherapie.
- Die versicherte Person ist aus medizinischen Gründen geh- oder sehunfähig und dies wird ärztlich bestätigt. Eine ärztliche Bestätigung ist nicht erforderlich, sofern das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit dem Kennzeichen außergewöhnliche Gehbehinderung (AG), Blindheit (BI) oder Hilflosigkeit (H) oder Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 3 nachgewiesen wird.

Erstattungsfähig bei Vorliegen eines der genannten Kriterien sind Fahrtkosten bis zu einer Entfernung von 50 km. Ist innerhalb dieser Entfernung kein geeigneter Behandlungsort verfügbar, so ist die Krankenfahrt bis zum nächstgelegenen geeigneten und verfügbaren Behandlungsort erstattungsfähig. Bei Fahrten im eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind 30 Cent pro Kilometer erstattungsfähig.

Sofern es sich um eine stationäre AHB handelt (vgl. Buchstabe A. 6 a)), für die der Versicherer leistungspflichtig ist, sind Fahrtkosten bis zu einer Entfernung von 200 km erstattungsfähig. Bei Fahrten im eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind 30 Cent pro Kilometer erstattungsfähig.

- c) Mehrfach notwendige Krankentransporte/Krankenfahrten** **zu 100 %**
- Werden aufgrund der speziellen Erkrankung der versicherten Person absehbar mehrfach Krankentransporte bzw. Krankenfahrten gemäß Buchstabe A. 7. a) oder b) notwendig, ist der Versicherer berechtigt, eine zukünftige Erstattung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankentransporte bzw. Krankenfahrten vom Versicherer organisiert werden. Darüber wird der Versicherungsnehmer in Textform informieren. Ab dem Zeitpunkt von 14 Tagen nach der Kenntnisnahme durch den Versicherungsnehmer bleibt der Versicherer nur zu Aufwendungen in der Höhe leistungspflichtig, wie sie in dem Falle entstanden wären, in dem der Versicherer die Krankentransporte bzw. Krankenfahrten organisiert hätte.

8. Zahnärztliche Behandlung

- a) Zahnprophylaxe** **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die nach der GOZ berechenbaren zahnprophylaktischen Leistungen.
- b) Zahnersatz**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- Erstattungsfähig ist die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, die Versorgung mit Brücken und Zahnkronen aller Art, Veneers, Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays), sowie für alle Zähne Keramikverblendungen auf metallischem Zahnersatz.
- c) Kieferorthopädie**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen. Hierzu zählen unter anderem Brackets aller Art, Bögen und unsichtbare Zahnschienen wie Invisalign.
- d) Aufbissbehelfe und Schienen (aller Art)**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- e) Gnathologische Leistungen (Funktionsanalyse und -therapie)**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gnathologische Leistungen.
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- f) Bildgebende Verfahren und Anästhesieleistungen** **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige bildgebende Verfahren (z. B. Röntgen) und Anästhesieleistungen.

- g) Zahnbehandlung** **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung. Hierzu zählen alle nach der GOZ berechenbaren medizinisch notwendigen zahnärztlichen Leistungen, die nicht Buchstabe A. 8. a) bis e) zuzuordnen sind, u. a. Wurzelbehandlungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, Kunststoff- und Kompositfüllungen, sowie die Versiegelung von Fissuren.
- h) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien in Verbindung mit den in Buchstabe A 8. a) bis g) beschriebenen zahnärztlichen Leistungen.
- i) Erstellung eines Heil- und Kostenplans** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, sofern dieser vor Beginn der Behandlung beim Versicherer eingereicht wird.
- j) Leistungsbegrenzungen und allgemeine Summenbegrenzung (Zahnstaffel)**
- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für alle unter Buchstabe A. 8. b) bis i) genannten Aufwendungen sind summenmäßig begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt:
- a) **1.500 Euro** im ersten Versicherungsjahr,
 - b) **3.000 Euro** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 - c) **4.500 Euro** in den ersten drei Versicherungsjahren,
 - d) **6.000 Euro** in den ersten vier Versicherungsjahren.
- Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer ohne summenmäßige Begrenzung. Bei Behandlungen, die aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig sind, finden die oben genannten Begrenzungen keine Anwendung.
- Besteht für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn
- bei einem anderen deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Krankheitskostenvollversicherung mit einem tariflichen Erstattungssatz von mindestens 80 % für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen oder
 - eine Zusatzversicherung bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem tariflichen Erstattungsprozentsatz für Zahnersatzleistungen von mindestens 80 % inklusive Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung,
- gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 12 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende abweichende allgemeine Summenbegrenzung.
- Bei einer Vorversicherungszeit von:
- mindestens 12 Monaten gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstaben a) bis c)
 - mindestens 24 Monaten gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstaben a) und b)
 - mindestens 36 Monaten gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a)
 - mindestens 48 Monaten entfällt die allgemeine Summenbegrenzung.

Bei Behandlungen, die aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig sind, finden die oben genannten Begrenzungen keine Anwendung.

Bei Tarifwechsel aus einem anderen Krankheitskostenvollversicherungstarif des Münchener Verein in den Tarif Premium werden die im vorigen Tarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen für zahnärztliche Leistungen auf die Zahnstaffel des Tarifs Premium angerechnet.

9. Sonstige Leistungen

a) **Digitale Gesundheitsanwendungen** **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 4 Teil II Ziffer 15 AVB/KK 2026.

b) **Präventionskurse** **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präventionskurse die nach § 20 SGB V (s. Anhang) zertifiziert sind, maximal jedoch 250 Euro pro Versicherungsjahr. Voraussetzung für die Erstattung ist der Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten eines Präventionskurses.

c) **Schulungen für chronisch Kranke** **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Teilnahme an einer Schulung bei schweren chronischen Erkrankungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (s. Anhang). Schwere chronische Erkrankungen sind z. B. Diabetes, Asthma, Neurodermitis, Krebs oder koronare Herzerkrankungen. Voraussetzung für die Erstattung ist der Nachweis über die Teilnahme an der Schulung.

d) **Haushaltshilfen aufgrund Erkrankungen oder Schwangerschaft** **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfen, wenn die versicherte Person aus einem der nachfolgenden Gründe nicht in der Lage ist, den Haushalt weiterzuführen und keine andere im selben Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann:

- Die versicherte Person ist schwanger oder hat entbunden.
- Die versicherte Person befindet sich in einer medizinisch notwendigen stationären Maßnahme für die der Versicherer oder ein gesetzlicher Rehabilitationsträger leistungspflichtig ist. Voraussetzung dafür ist, dass im Haushalt der versicherten Person mindestens ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Leistung ist auf 28 Tage je Versicherungsjahr begrenzt.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches, aber schwer erkrankt und befindet sich weder in einer stationären Maßnahme noch ist eine häusliche Behandlungspflege notwendig. Dies kann insbesondere nach einer stationären Maßnahme, nach einer ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung der Fall sein. Die Leistung ist auf 28 Tage je Versicherungsjahr begrenzt.
- Die versicherte Person ist schwer erkrankt aber befindet sich nicht in einer stationären Maßnahme. Dies kann insbesondere nach einer stationären Maßnahme, nach einer ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung der Fall sein. Darüber hinaus lebt im Haushalt der versicherten Person mindestens ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Leistung ist auf 182 Tage je Versicherungsjahr begrenzt.

Erstattungsfähig sind bis zu 15 Euro pro Stunde, maximal 120 Euro pro Tag.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfen, die bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert mit der versicherten Person sind.

- e) Bergungskosten** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Bergung einer verunfallten versicherten Person durch einen Rettungsdienst in Höhe von maximal 3.000 EUR je Versicherungsfall.
- f) Rücktransport aus dem Ausland** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch sinnvollen Rücktransport aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts vor Beginn der Auslandsreise oder ein Krankenhaus in dessen Nähe. Der Rücktransport gilt als medizinisch sinnvoll, wenn beim Verbleib am ausländischen Ort bzw. einem Verbleib in einem Krankenhaus in dessen Umgebung mit einer schlechteren medizinischen Versorgung zu rechnen ist und insoweit eine Gesundheitsschädigung zu befürchten wäre, die durch den Rücktransport vermieden werden kann. Es besteht Anspruch auf das kostengünstigste Verkehrsmittel, das in Anbetracht des Gesundheitszustands der versicherten Person gewählt werden kann.
- Voraussetzung zur Erstattungsfähigkeit ist, dass der Versicherer mit der Organisation des Rücktransportes beauftragt wird. Der Versicherer verpflichtet sich in diesem Fall dazu, dass sich ein im Namen des Versicherers beauftragter Arzt unverzüglich mit einem der behandelnden Ärzte im Ausland in Verbindung setzt. Sollte hierbei die übereinstimmende ärztliche Einschätzung bestehen, dass die Aufenthaltsdauer im ausländischen Krankenhaus voraussichtlich länger als 14 Tage betragen wird – gerechnet ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Übereinkunft - gilt ein Rücktransport ebenfalls als medizinisch sinnvoll.
- Ist die zurückzutransportierende versicherte Person minderjährig, oder ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten oder aus Rechtsgründen erforderlich, sind auch die Reisekosten für eine erwachsene Begleitperson erstattungsfähig. Sollte die erwachsene Begleitperson hierzu zum ausländischen Ort anreisen müssen, so ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Beim Rücktransport selbst hat die Begleitperson Anspruch auf dieselbe Beförderungsklasse wie die zu begleitende Person.
- g) Überführung aus dem Ausland** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind im Todesfall im Ausland die Aufwendungen für die Überführung des Leichnams an einen Ort nach Wahl in Deutschland oder in das Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, sofern dieses Land ein anderes als das Sterbeland ist. Erstattungsfähig für eine Überführung sind maximal 10.000 Euro.
- h) Pauschale zur Kinderbetreuung**
- Erkrankt ein nach Tarif Premium versichertes Kind, wird für das Kind eine Betreuungspauschale in Höhe von 100 EUR pro Tag, maximal für 10 Tage im Kalenderjahr, gezahlt. Voraussetzung dafür ist, dass
- das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 - ein Elternteil ebenfalls nach diesem Tarif versichert und erwerbstätig ist und aufgrund der Betreuung des erkrankten Kindes seiner Erwerbstätigkeit nicht nachgehen kann und
 - ein Arzt das Erfordernis auf Betreuung des erkrankten Kindes aus medizinischen Gründen bescheinigt und
 - keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

10. Absoluter jährlicher Selbstbehalt

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Buchstabe A. 1 bis A. 9 werden nach Abzug eines Selbstbehaltes erstattet. Ohne Abzug eines Selbstbehaltes werden erstattungsfähige Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1, Präventionskurse gemäß Buchstabe A 9. b), Zahnprophylaxe gemäß Anhang 2 und Schutzimpfungen gemäß Anhang 3 bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr.

Der Selbstbehalt gilt pro Versicherungsjahr. Er beträgt

- **0 Euro** in Tarifstufe Premium SB 0,
- **500 Euro** in Tarifstufe Premium SB 500,
- **1.000 Euro** in Tarifstufe Premium SB 1.000.

Für versicherte Kinder und Jugendliche gemäß § 8 a Teil II Nummer 1 AVB/KK 2026 gilt der hälftige Betrag.

Ein Wechsel in eine Tarifstufe mit niedrigerem Selbstbehalt ist ohne erneute Risikoprüfung zum 01.01. eines Jahres möglich, sofern der Antrag bis spätestens zum 31.12. des Vorjahres vorliegt.

11. Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit in Tarifstufe Premium SB 0

Für eine durchgängig in einem Versicherungsjahr nach Tarif Premium SB 0 versicherte Person, die für das Versicherungsjahr keine Leistungen oder nur Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1, Präventionskurse gemäß Buchstabe A. 9. b), Zahnprophylaxe gemäß Anhang 2 und Schutzimpfungen gemäß Anhang 3 bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr in Anspruch nimmt, erstattet der Versicherer einen Pauschalbetrag.

Die Höhe des Pauschalbetrages beträgt 1.000 Euro für erwachsene versicherte Personen ab Alter 21. Für Kinder und Jugendliche bis Alter 20 wird der hälftige Pauschalbetrag erstattet.

Für das erste Versicherungsjahr reduziert sich die Pauschalerstattung jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Weitere Voraussetzungen für den Anspruch der versicherten Person auf den Pauschalbetrag sind:

- für das abgelaufene Versicherungsjahr alle Beitragsraten oder der Jahresbeitrag für den ganzen Vertrag rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden und der Versicherungsschutz für alle zwölf Monate bestand bzw. im ersten Versicherungsjahr alle vertraglich festgelegten Beitragsraten rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden
- im Versicherungsjahr bestand keine Beitragsfreiheit für einen oder mehrere Monate gemäß Buchstabe C.1.
- die versicherte Person hat mindestens bis zum 30.06. des darauffolgenden Versicherungsjahres durchgängig Versicherungsschutz nach Tarif Premium SB 0, es sei denn die versicherte Person verstirbt oder kraft Gesetzes versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einen Anspruch auf Familienversicherung erlangt und die Versicherung nach Tarif Premium SB 0 musste beendet werden.

Die Auszahlung des Pauschalbetrages erfolgt im zweiten Halbjahr des darauffolgenden Versicherungsjahres. Versicherungsleistungen (nicht Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1, Präventionskurse gemäß Buchstabe A. 9. b), Zahnprophylaxe gemäß Anhang 2 und Schutzimpfungen gemäß Anhang 3 bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr), die für das betreffende Kalenderjahr beim Versicherer eingereicht werden, nachdem der Versicherer die Auszahlung des Pauschalbetrages für die versicherte Person veranlasst hat, werden mit dem ausgezahlten Pauschalbetrag verrechnet.

B. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen

- a) ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, bis zum Ablauf des Kalendermonats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollenden, und
- b) die weder versicherungspflichtig in der GKV sind noch ein Einkommen oberhalb der gültigen Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielen, und
- c) die sich in einer schulischen, studentischen oder anderen Berufsausbildung befinden. Dies umfasst auch Zeiten einer berufspraktischen Tätigkeit, die im Rahmen einer Berufsausbildung vorgesehen sind.

Der Versicherungspflicht in der GKV steht der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Die Voraussetzung zur Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer auf dessen Verlangen jederzeit nachzuweisen.

Wird die Ausbildung unterbrochen oder endet sie, besteht für maximal weitere sechs Monate Versicherungsfähigkeit fort, so lange die Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstaben a) und b) weiterhin erfüllt bleiben.

2. Beantragung der Sonderbedingungen

Die Versicherung zu Sonderbedingungen muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden. Eine rückwirkende Beantragung für bis zu 3 Monate ist möglich, wenn die versicherte Person schon im entsprechenden Zeitraum vor Beantragung im Tarif Premium versichert war und Versicherungsfähigkeit nach diesen Sonderbedingungen bestanden hat.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beantragung der Sonderbedingungen bereits nach Tarif Premium versichert, erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Versicherung zu den Sonderbedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Es ist der Beitrag gemäß dem dann gültigen Eintrittsalter zu zahlen. Eventuell bisher im Tarif Premium vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

3. Beitrag, maximale Dauer und erneute Versicherung der Sonderbedingungen

Für diese Sonderbedingungen werden planmäßig steigende Beiträge kalkuliert, das heißt Alterungsrückstellungen werden abweichend von § 8 a Teil II Ziffer 2 AVB/KK 2026 nicht gebildet. Die Sonderbedingungen enden spätestens nach 36 Monaten. Während dieser Versicherungszeit ändert sich der Beitrag der versicherten Person nicht wegen des Älterwerdens. § 8 b Teil II AVB/KK 2026 bleibt hiervon unberührt.

Besteht nach Ablauf der 36 Monate weiterhin Versicherungsfähigkeit zu diesen Sonderbedingungen, so können sie erneut gemäß Ziffer 2 beantragt werden.

4. Leistungen des Versicherers während der Versicherung zu Sonderbedingungen

Es gelten alle Bestimmungen gemäß Buchstabe A; bei der Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit in Tarif Premium SB 0 (siehe Buchstabe A. 11.) wird jedoch wie für Kinder und Jugendliche nur der hälftige tarifliche Betrag erstattet.

5. Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Ende der Sonderbedingungen

Fällt die Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 weg, enden die Sonderbedingungen mit Ablauf des Monats des Wegfalls. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall unverzüglich mitzuteilen, sofern die Versicherungsfähigkeit nicht wegen Erreichen der Altersgrenze wegfällt.

C. Ergänzende vertragliche Regelungen

1. Beitragsfreiheit in Elternzeit und bei Bezug von Elterngeld

Nach der Geburt eines Kindes - bzw. mehrerer Kinder bei Mehrlingsgeburten - kann auf Antrag des Versicherungsnehmers für ein im Tarif Premium versichertes Elternteil eine temporäre Beitragsbefreiung erfolgen. Soweit Rückstellungen fürs Alter für das versicherte Elternteil zu bilden sind, wirkt sich diese Beitragsbefreiung nicht zum Nachteil auf die Höhe der gebildeten Alterungsrückstellungen aus, d.h. nach Ende der Beitragsbefreiung bestehen die Alterungsrückstellungen in derselben Höhe fort, wie sie ohne die Beitragsbefreiung bestanden hätten. Die Beitragsbefreiung umfasst neben dem Tarifbeitrag im Tarif Premium auch einen eventuell zu zahlenden Risikozuschlag bzw. gesetzlichen Zuschlag, nicht aber den Beitrag, der für ggf. zusätzlich versicherte Besondere Bedingungen der Beitragsentlastung im Alter zu bezahlen ist.

Eine Beitragsbefreiung kann nur für volle Kalendermonate und im Voraus beantragt werden. Voraussetzung ist, dass das Elternteil in dem betreffenden Kalendermonat für mindestens einen Tag Elterngeld erhält oder mindestens einen Tag in Elternzeit ist. Der Bezug des Elterngeldes bzw. die Elternzeit sind dem Versicherer bei Antragsstellung nachzuweisen. Pro Geburt (auch Mehrlingsgeburt) besteht beim Versicherer das Anrecht auf maximal 6 Monate Beitragsbefreiung.

Die Beitragsbefreiung muss innerhalb der ersten 24 Monate nach der Geburt des Kindes in Anspruch genommen werden. Der gewählte Zeitraum der Befreiung muss am Stück genommen werden; eine Unterbrechung oder Aufteilung der Monate ist nicht möglich.

Eine Beitragsbefreiung kann nur erfolgen, sofern

- zum Zeitpunkt der Geburt für das versicherte Elternteil mindestens acht Monate Versicherungsschutz im Tarif Premium besteht und
- der Vertrag, in dem das versicherte Elternteil versichert ist, zum Zeitpunkt der Beantragung der Beitragsbefreiung keinen Beitragsrückstand aufweist.

In Zeiten, in denen für das versicherte Elternteil im Tarif Premium eine Anwartschaftsversicherung besteht, kann keine Beitragsbefreiung erfolgen.

2. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 Teil II Ziffer 3 AVB/KK 2026.

Leistungen für die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen sowie sonstigen Leistungen haben jedoch keine Auswirkung bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr auf eine nach der genannten Bestimmung auszahlende Barausschüttung:

- Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1
- prophylaktische Leistungen gemäß Anhang 2.
- Schutzimpfungen gemäß Anhang 3
- Präventionskurse gemäß Buchstabe A. 9 b)

Ebenfalls keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Barausschüttung hat die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11.

3. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif BestensGesund Premium gemäß § 8 b Teil I Ziffer 1 bzw. § 8 b Teil II AVB 2026 auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge, zusätzliche ersatzweise Krankenhaustagegelder und die Pauschalerstattung gemäß Ziffer A. 11. mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

4. Innovationsgarantie

Damit der Versicherungsschutz im Interesse des Versicherungsnehmers möglichst zeitnah an neue medizinisch anerkannte Heilbehandlungsmethoden angepasst werden kann, prüft der Münchener Verein, ob eine Erweiterung der in Abschnitt A dieser Bedingungen aufgeführten tariflichen Leistungen im Sinne des § 18 Teil I Ziffer 1 AVB/KK 2026 möglich und zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich ist.

D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Anhang 1 Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf den Selbstbehalt gemäß Buchstabe A. 10. und die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11. angerechnet werden

Die Nichtanrechnung auf den Selbstbehalt (Buchstabe A. 10.), auf die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit (Buchstabe A. 11.) sowie auf die erfolgsabhängige Barausschüttung (Buchstabe C. 2.) gilt nur insoweit, wie die folgenden Vorsorgeuntersuchungen abgerechnet werden, nicht aber für sich hieran ggf. anschließende weitere Diagnostik bzw. Behandlung.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

- Blutentnahme beim Kind
- TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
- 17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
- Biotinidase
- Galaktose (Enzymbestimmung)
- Carnitin
- Massenspektrometrie
- Tyrosinämie Typ I

Chlamydien-Screening (einmal jährlich)

Mammografie-Screening (einmal jährlich)

- Aufklärungsgespräch
- Konsiliarische Erörterung
- Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen

Hautkrebsfrüherkennung (einmal jährlich)

- Beratung
- Untersuchung, Hautorgan
- Dermatoskopie

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50, Darmspiegelung in mindestens 5-jährigem Abstand)

- Beratung
- Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
- Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung
- Injektion zur Sedierung einschließlich Sachkosten

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal jährlich)

- Osteodensitometrie
- Ultraschalluntersuchung

Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

Hörscreening

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

Kindervorsorge/ Jugendvorsorge

- Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
- Untersuchung (U2-U9, U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Schwangerschaftsvorsorge

- Erstuntersuchung
- Weitere Verlaufsuntersuchungen
- Ultraschalluntersuchung
- Glukosetoleranztest, oral
- Harnstreifentest
- Blutentnahme
- Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
- Hämoglobinbestimmung
- Blutbild
- Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
- HIV-Test
- Chlamydien-Screening

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

- Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
- Kolposkopie
- Zytologische Untersuchung bei Frauen oder Dünnschichtzytologie
- HPV-Test
- Blutentnahme
- Blutsenkung
- Blutbild
- Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet
- Ultraschalluntersuchung der anderen Brust
- Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal jährlich)

- Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
- Blutentnahme
- EKG
- Blutzuckerbestimmung (Glukose)
- Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
- HDL-Cholesterin
- LDL-Cholesterin
- Triglyzeride
- Bestimmung der Harnsäure

Früherkennung von Nierenerkrankungen (ab Alter 35, einmal jährlich)

- Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
- Harnstreifentest oder
- Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment) / Harnsäure
- Blutentnahme
- Kreatinin
- Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

- Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
- Blutentnahme
- Blutsenkung
- Blutbild
- PSA-Wert-Bestimmung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)

- Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
- Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

Anhang 2 Zahnprophylaxe, die nicht auf den Selbstbehalt gemäß Buchstabe A. 10. und die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11. angerechnet werden

Die Nichtanrechnung auf den Selbstbehalt (Buchstabe A. 10.), auf die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit (Buchstabe A. 11.) sowie auf die erfolgsabhängige Barausschüttung (Buchstabe C. 2.) gilt für vom Zahnarzt verantwortete bzw. durchgeführte und wie folgt in Rechnung gestellte Zahnprophylaxe:

- Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
- Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
- Professionelle Zahnreinigung
- Beratung, auch telefonisch

Anhang 3 Schutzimpfungen, die nicht auf den Selbstbehalt gemäß Buchstabe A. 10. und auf die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11. angerechnet werden

- Intramuskuläre oder subkutane Schutzimpfung, einschließlich Eintragung in den Impfpass, Beratung
- Orale Schutzimpfung, einschließlich beratendem Gespräch
- Zusatzinjektion bei Parallelimpfung
- Simultanimpfung (gleichzeitig passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) einschließlich der Impfstoffkosten

Anhang

Auszug aus dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

- (1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.
- (3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:
 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
 3. Tabakkonsum reduzieren,
 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
 7. gesund älter werden und
 8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

- (4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als
 1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
 3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

- (5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen
1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
 2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des Elften Buches oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches oder
 3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.

Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

- (6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 bis 3 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Unbeschadet der Verpflichtung nach Absatz 1 müssen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c im Jahr 2020 nicht den in den Sätzen 1 bis 3 genannten Beträgen entsprechen. Im Jahr 2019 nicht ausgegebene Mittel für Leistungen nach § 20a hat die Krankenkasse nicht im Jahr 2020 für zusätzliche Leistungen nach § 20a zur Verfügung zu stellen.

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

- (1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,
1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,
 2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

Auszug aus dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 42 Kurzzeitpflege

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
 1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a.
- (3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag

- (1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).
- (2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.
- (3) Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.

§ 43 Inhalt der Leistung

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.
- (2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
 1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

- (3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.
- (4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

- (1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.
- (2) Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.
- (3) Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt. Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 74 gekündigt wird.
- (4) Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß der für die Vorlage der Unterlagen nach Satz 3 maßgebliche Zeitpunkt der 30. September 1995 und der Stichtag nach Satz 2 der 30. Juni 1996 ist.