



Satzung

der

BKK24

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der BKK24
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft
- § 8 Aufbringung der Mittel
- § 9 Bemessung der Beiträge
- § 9a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a unbesetzt
- § 10b Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. § 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Schutzimpfungen
- § 12b Primärprävention
- § 12c Kooperation mit der PKV
- § 12d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 12e Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 12f Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 12g Leistungsausschluss

- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Modellvorhaben nach §§ 63ff. SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif integrierte Versorgung
- § 13f Wahltarif Krankengeld nach § 53 Abs.6 SGB V
- § 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 15 Aufsicht
- § 16 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 17 Bekanntmachungen
- § 18 Veröffentlichung der Jahresrechnung

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK24

- a) Die BKK24 ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK24

Sie ist errichtet worden am 01. Januar 2002.

Die BKK24 hat ihren Sitz in Obernkirchen.

- b) Der Bereich der BKK24 erstreckt sich auf die folgenden Betriebe:

Eura Glasrecycling GmbH & CO.KG, Germersheim

O-I Glasspack GmbH & Co. KG, Rinteln

Ardagh Glass Holding GmbH, Nienburg
Ardagh Glass GmbH mit den Betriebsstätten:

- a) Obernkirchen
- b) Germersheim
- c) Nienburg
- d) Wahlstedt
- e) Neuenhagen
- f) Bad Münder
- g) Lünen
- h) Drebkau

Heye International GmbH , Obernkirchen

OBO – Werke GmbH, Stadthagen¹

UniMould GmbH; Obernkirchen²

Nürnberger Lebensversicherung AG und Nürnberger Allgemeine Versicherungs-AG
mit allen Niederlassungen, bundesweit

Der Bereich der BKK24 erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik
Deutschland.

¹ geändert durch 16. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.09.2016
Inkrafttreten am 01.10.2016

² geändert durch 3. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 28.06.2011
Inkrafttreten am 01.01.2011

§ 2 Verwaltungsrat

I.

1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK24 ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter jeweils zum 01.01. eines Jahres, jedoch nicht vor Ablauf eines Jahres.

II. Dem Verwaltungsrat der BKK24 gehören als Mitglieder 10 Versichertenvertreter und 10 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK24 sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK24 maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK24 von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der BKK24 mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. den Vorstand zu überwachen,
8. die BKK24 gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat beschlossenen festen Pauschbeträgen und Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
 - VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 - VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der BKK24 gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die BKK24 und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK24 maßgebendes Recht nicht Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
 6. die BKK24 nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der BKK24 abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK24.
 - V. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK24 wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird zwei Widerspruchsausschüssen übertragen. Beide Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Obernkirchen.³
- II.
1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK24.²
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall. Ist auch der Stellvertreter verhindert, erfolgt die Stellvertretung durch das adäquate Mitglied des anderen Widerspruchsausschusses⁴; ist dieses verhindert, durch dessen Stellvertreter.⁵
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter wird von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK24 sein kann.
 5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 6. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen, anwesend und stimmberechtigt sind.²
 7. Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit der Stimmenmehrheit. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen.⁶
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

³ geändert durch 4. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 30.08.2011
Inkrafttreten mit Beginn der 11. Wahlperiode

⁴ Geändert durch 6. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 29.07.2013
Inkrafttreten am 01.08.2013

⁵ eingefügt durch 7. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.03.2014,
Inkrafttreten am 01.04.2014

⁶ geändert durch 2. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 18.03.2011
Inkrafttreten am 01.04.2011

- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i.V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der BKK24 versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,⁷
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,⁵
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung

⁷ Geändert durch 6. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 29.07.2013
Inkrafttreten am 01.08.2013

eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur BKK24 können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

III Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft⁸

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der BKK24 mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II Erhebt die BKK24 nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK24 hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die BKK24 ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.⁹
- III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.
- Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV Wenn ein Wahltarif nach § 13f gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK24 frühestens unter den Voraussetzungen der § 13f Absatz IV Satz 3 und 4, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

⁸ geändert durch 3. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 28.06.2011
Inkrafttreten am 01.01.2011

⁹ geändert durch 10. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 16.12.2014
Inkrafttreten am 01.01.2015

§ 7 Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft

Wird gestrichen¹⁰

¹⁰ geändert durch 3. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 28.06.2011
Inkrafttreten am 01.01.2011

Stand: 01.01.2017

Maßgeblich sind ggf. abweichendes gesetzliches oder sonstiges Recht.

§ 8 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK24 werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 9 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz¹¹

Die BKK24 erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.¹²

¹¹ eingefügt durch 9. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 16.12.2014
Inkrafttreten am 01.01.2015

¹² Geändert durch 13. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 23.12.2015
Inkrafttreten am 01.01.2016

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I.

1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
2. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.¹³

II. wird gestrichen¹¹

¹³ geändert durch 10. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 16.12.2014
Inkrafttreten am 01.01.2015

§ 10a unbesetzt¹⁴

¹⁴ geändert durch 10. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 16.12.2014
Inkrafttreten am 01.01.2015

Stand: 01.01.2017

Maßgeblich sind ggf. abweichendes gesetzliches oder sonstiges Recht.

§ 10b Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. § 9 II Nr. 5, 8 II AAG

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK24, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK24 erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absätze 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf acht Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe¹⁵

1. Die BKK24 gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und
 - a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt,
 - b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 78 Wochen gewährt.

¹⁵ geändert durch 5. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.05.2012
Inkrafttreten am 01.06.2012

Die Haushaltshilfe des Absatzes a) - b) ist auf längstens 12 Monate für maximal

- 8 Stunden pro Tag in der 1. bis 4. Woche,
- 6 Stunden pro Tag in der 5. bis 8. Woche und
- 4 Stunden pro Tag ab der 9. Woche

begrenzt, wenn im Haushalt kein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung ¹⁶

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK24 vor Inanspruchnahme schriftlich in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK24 in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK24 bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Bereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt mit dem die BKK24 davon Kenntnis erhält.

¹⁶ geändert durch 3. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 28.06.2011
Inkrafttreten am 01.01.2011

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK24 in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel¹⁷

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

¹⁷ eingefügt durch 3. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 28.06.2011
Inkrafttreten am 01.01.2011

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der BKK24 entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. V Nr. 3, 4 und 6 gelten

VII Zusätzliche Leistungen¹⁸

Die BKK24 gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

1. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapie-richtungen (Homöopathie und Anthroposophie)

a) Die BKK24 erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie, sofern

- deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.¹⁹

b) Die BKK24 erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. a) in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

c) Zur Erstattung sind der BKK24 die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

d) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

e) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

2. Osteopathie

a) Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.¹⁴

¹⁸ eingefügt durch 5. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.05.2012
Inkrafttreten am 01.06.2012

¹⁹ geändert durch 8. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2014
Inkrafttreten am 01.10.2014

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

- b) Die BKK24 übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen."

3. Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

- a) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK24 mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. b) getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- b) Die BKK24 trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

- c) Die BKK24 führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach § 12 Absatz VII Nr. 3b) getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.bkk24.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK24 den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- d) Für die veranlassten Leistungen gilt § 12 Abs. V Nr. 3 und 4 entsprechend.

4. Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung

- a) Die BKK24 übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
- A. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - B. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,

- C. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- D. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK24 vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- E. die BKK24 hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

b) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

c) Mit der Zustimmung nach Abs. a) Buchstabe E erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK24 sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

5. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung²⁰

a) Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.²¹

b) Die BKK24 erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Abs. a Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Abs. a Sätze 1 und 2 zusammen.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

6. Rufbereitschaft Hebammen¹⁵

a) Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK24 Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebammen in der 37. bis 42. Schwangerschaftswoche entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.¹⁶

²⁰ eingefügt durch 7. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.03.2014, Inkrafttreten 01.04.2014

²¹ geändert durch 8. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2014, Inkrafttreten am 01.10.2014

- b) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK24 die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.
- c) Der Anspruch der Leistungen nach Abs. 2 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 01. Januar 2014 geendet hat.

7. Sehhilfen²²

- a) Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erstattet die BKK24 über die im SGB V geregelte Versorgung mit Hilfsmitteln hinaus die Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen, die dafür geeignet sind, bei sportlichen Aktivitäten getragen zu werden (Sportbrille).
- b) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sportbrillen nach Absatz a) werden zu 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 150,00 € innerhalb von zwei Kalenderjahren ersetzt, bei Folgeanträgen gerechnet vom Datum der der letzten Leistungsgewährung zu Grunde liegenden Rechnung über die Sehhilfe.
- c) Voraussetzung für eine Leistungsgewährung nach Absatz a) ist, dass das Versicherungsverhältnis zur BKK24 bei Antragstellung ungekündigt besteht.
- d) Dem Erstattungsantrag ist die spezifizierte Rechnung des Optikers sowie die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers beizufügen.
Die Augenglasbestimmung des Optikers kann Bestandteil der Rechnung sein.

8. Professionelle Zahnreinigung²³

- a) Die Versicherten der BKK24 haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung.
- b) Zur Erstattung des Zuschusses ist die Originalrechnung einzureichen. Der Zuschuss wird einmal im Kalenderjahr in Höhe von je 45 EURO gewährt.

²² eingefügt durch 7. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.03.2014
Inkrafttreten 01.04.2014

²³ eingefügt durch 11. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015
Inkrafttreten 01.02.2015

9. Unterkieferprotrusionsschiene²⁴

Die BKK24 gewährt ihren Versicherten nach § 11 Abs. 6 SGB V neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V zusätzlich Unterkieferprotrusionsschienen. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Voraussetzungen:

- Diagnose: Upper Airway Resistance Syndrom (UARS)
- leicht- bis mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe (AHI bis circa 30/Stunde) mit geringer klinischer Symptomatik
- Patient verfügt über eine ausreichende intraorale Verankerungsmöglichkeit
- BMI des Patienten bis ca. 30
- Verordnung durch einen zertifizierten Behandler nach der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS)

Die BKK24 erstattet ihren Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten der Protrusionsschiene abzüglich des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel. Bei Ausschluss der Unterkieferprotrusionsschiene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

10. Retainer²⁵

- a) Die BKK24 beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Kasse besteht, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach folgenden Absätzen an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer).²⁶
- b) Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, beträgt insgesamt jedoch maximal 125 Euro.
- c) Die Kostenbeteiligung wird jeweils nach Vorlage der Originalrechnung geleistet. Die Originalrechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Absatz b) den Namen des Versicherten, den Behandlungstag sowie die Kosten erkennen lassen.
- d) Die Kostenbeteiligung entfällt bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Absatz b).

²⁴ eingefügt durch 12. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 13.08.2015
Inkrafttreten 01.09.2015

²⁵ eingefügt durch 15. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.07.2016
Inkrafttreten 01.08.2016

²⁶ geändert durch 16. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.09.2016
Inkrafttreten 01.10.2016

§ 12a Schutzimpfungen

- I. Die BKK24 übernimmt über die Impfungen des § 20i Abs. 1 SGB V hinaus auch die Kosten für die nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H. der Vertragspreise, wenn diese im Einzelfall durch den Arzt besonders begründet ist.²⁷
- II. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.
- III. Die BKK24 übernimmt die Kosten abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Absatz II gilt entsprechend.

²⁷ Geändert durch 14. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

§ 12b Primärprävention²⁸

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK24 auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/ oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von der BKK24 selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern werden, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen und kein eigenes Angebot der BKK24 besteht, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung die entstandenen Kosten bis max. 125,00 € je Maßnahme in voller Höhe übernommen.

²⁸ geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 18.03.2011
Inkrafttreten am 01.04.2011

§ 12c Kooperation mit der PKV

Die BKK24 vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 12d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ²⁹

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 - 8 innerhalb eines Jahres nachweisen.³⁰
 1. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 SGB V in Anspruch.
 2. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.³¹
 3. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. §20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 4. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein, welcher in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Mitglied ist, qualitätsgesichertem Fitnessstudio, Betriebssportgemeinschaft, Teilnehmer am Hochschulsport oder hat das Sportabzeichen erworben.³²
 5. Der Body-Mass-Index des Versicherten ist altersgerecht.³³
 6. Der Versicherte ist seit mind. 6 Monaten Nichtraucher.
 7. Der Versicherte nimmt den vollständigen Impfschutz laut Schutzimpfungsrichtlinie entsprechend der Empfehlungen der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes in Anspruch.³⁴
 8. Der Versicherte nimmt zur Gesunderhaltung der Zähne kalenderjährlich einmal die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 55 SGB V in Anspruch. Dies gilt auch für Teil- und Vollprothesenträger. Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren nehmen die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 26 Abs. 1 i. V. m. § 92 SGB V³⁵ 2 x jährlich in Anspruch.³⁶

²⁹ geändert durch 1. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 20.12.2010
Inkrafttreten am 01.01.2011

³⁰ geändert durch 16. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.09.2016
Inkrafttreten am 01.10.2016

³¹ geändert durch 15. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.07.2016
Inkrafttreten am 01.08.2016

³² geändert durch 11. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015
Inkrafttreten am 01.02.2015

³³ geändert durch 16. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.09.2016
Inkrafttreten am 01.10.2016

³⁴ geändert durch 14. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

³⁵ Eingefügt durch 17. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.12.2016
Inkrafttreten am 01.01.2017

³⁶ eingefügt durch 16. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.09.2016
Inkrafttreten am 01.10.2016

- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.

Der Bonus wird dem Versicherten in Form von Punkten (für 1. bis 3. je 10 Punkte; für 4. und 5. je 5 Punkte und für 6. bis 8. 2 Punkte) für eine gesundheitsorientierte Sachprämie oder eine gleichwertige Barprämie gutgeschrieben, wenn für das zurückliegende Jahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Der Versicherte wählt aus einem nach Anzahl der Bonuspunkte gestaffelten Katalog eine gesundheitsorientierte Sachprämie aus.³⁷

³⁷ geändert durch 16. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.09.2106
Inkrafttreten am 01.10.2016

§ 12e Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung³⁸

- I Bei von der Kasse durchgeführten oder unterstützten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung erhält der Arbeitgeber einen Bonus. Die Voraussetzungen für die Bonusgewährung und die Höhe des Bonus werden jeweils im Einzelfall mit dem Arbeitgeber vertraglich vereinbart.³⁹
- II Zwingend erforderlich für eine Bonusgewährung sind eigene Investitionen des Arbeitgebers zur Durchführung der zu fördernden Maßnahme; der Arbeitgeber muss hierfür finanzielle oder personelle Ressourcen bereitstellen. Die Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Maßnahmen des Arbeitgebers, zu denen dieser aufgrund gesetzlicher Vorschriften wie dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, werden nicht gefördert.

³⁸ eingefügt durch 14. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

³⁹ geändert durch 15. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.07.2016;
Inkrafttreten am 01.08.2016

§ 12f Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung⁴⁰

- I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers
1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- mindestens bis zu 80 % teilnehmen. Die BKK24 schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 12e ab.
- II. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 20 Euro zu Beginn des Jahres ausbezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80 % an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurden.
- III. Maßnahmen nach § 12f können nicht nach § 12d bonifiziert werden.

⁴⁰ Eingefügt durch 17. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.12.2016
Inkrafttreten am 01.01.2017

§ 12g Leistungsausschluss^{41 42}

- I Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

- II Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der BKK24 gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der BKK24 darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK24 insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK24 kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

⁴¹ geändert durch 14. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

⁴² geändert durch 17. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.12.2016
Inkrafttreten am 01.01.2017

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen ⁴³

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK24 als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.

⁴³ geändert durch 14. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

§ 13a Modellvorhaben nach §§ 63ff. SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme

gestrichen ⁴⁴

⁴⁴ geändert durch 8. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2014
Inkrafttreten am 01.10.2014

§ 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung^{45 46 47}

- I. Die BKK24 bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine Hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

⁴⁵ geändert durch 1. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 20.12.2010
Inkrafttreten für neu an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte am 01.01.2011; für bereits in der Hausarztzentrierten Versorgung eingeschriebene Versicherte tritt der Satzungsantrag mit Ablauf der Befreiung in Kraft

⁴⁶ geändert durch 11. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015
Inkrafttreten 01.02.2015

⁴⁷ geändert durch 14. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung
(Besondere ambulante ärztliche Versorgung) ^{48 49 50}

- I Die BKK24 bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften, die besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

⁴⁸ geändert durch 1. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 20.12.2010
Inkrafttreten für neu an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmende Versicherte am 01.01.2011; für bereits in der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung eingeschriebene Versicherte tritt der Satzungsnachtrag mit Ablauf der Befreiung in Kraft

⁴⁹ geändert durch 11. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015
Inkrafttreten 01.02.2015

⁵⁰ geändert durch 14. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I Die BKK24 führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

II Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung. Die Prämie nach Satz 1 wird in Höhe von 50,00 Euro zum Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme⁵¹ und in Höhe von 25,00 Euro nach einem Kalenderjahr der ununterbrochenen Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.⁵²

Die Prämie zum Zeitpunkt der Einschreibung wird einmalig gewährt. D.h. eine weitere oder erneute Einschreibung erwirkt keine Prämienzahlung.³¹

⁵¹ geändert durch 11. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015, Inkrafttreten 01.02.2015

⁵² geändert durch 6. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 29.07.2013 Inkrafttreten am 01.01.2013

§ 13e Wahltarif besondere Versorgung (integrierte Versorgung)⁵³

- I Die BKK24 bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von integrierten Versorgungsverträgen. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- III Versicherte, die an einer besonderen Versorgung teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V einmalig eine Prämie in Höhe von 40,00 Euro mit Beginn der Teilnahme.

⁵³ geändert durch 11. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015
Inkrafttreten 01.02.2015 und geändert durch 14. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom
24.02.2016 – Inkrafttreten am 01.03.2016

§ 13f Wahltarif Krankengeld nach § 53 Abs.6 SGB V ⁵⁶

I Die BKK24 bietet den in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V und den in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitgliedern einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld an. Zu dem Personenkreis zählen

- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige (nachfolgend: „Selbstständige“),
- Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben (nachfolgend „Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung“),
- Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (nachfolgend: „Künstler und Publizisten“).

Die Tarifwahl ist auf Mitglieder der genannten Personenkreise beschränkt, bei denen zum Zeitpunkt der Tarifwahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

Soweit nachfolgend nicht anders bestimmt ist, finden die gesetzlichen Regelungen des SGB V auf den Wahltarif Krankengeld Anwendung.

II Der Tarif beginnt jeweils zum 01. des Monats nach dem Eingang der Wahlerklärung; frühestens ab Beginn der Versicherung.

Die Wahlerklärung wirkt ab Beginn der Versicherung bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des § 44 Abs.2 Satz 1 Nr.2 SGB V innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der Versicherung bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

Die Wahlerklärung bedarf der Schriftform.

Das Mitglied ist ab Beginn drei Jahre an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Tariflaufzeit verlängert sich um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der Bindungsfrist schriftlich kündigt.

III Bei der Tarifwahl gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Beginn des Tarifs. Dies gilt nicht für Mitglieder, die unmittelbar vor der Tarifwahl mit einem Anspruch auf Krankengeld bei der BKK24 versichert waren, unabhängig davon ob sich der Anspruch aus dem Gesetz oder einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V herleitet.

Tritt die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der vereinbarten Wartezeit ein, besteht kein Anspruch auf Krankengeld für die gesamte Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit.

IV Der Tarif endet ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn die Voraussetzungen für die Wahl des Tarifs nicht mehr vorliegen. Darüber hinaus wird der Tarif beendet

⁵⁶ Geändert durch 12. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 13.08.2015
Inkrafttreten 01.09.2015

- mit dem Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit Entgeltersatzfunktion oder einer versorgungsständischen Einrichtung bzw. Bezug einer rentenähnlichen Einnahme mit Entgeltersatzfunktion,
- wenn nach ärztlicher Feststellung eine volle Erwerbsminderung vorliegt,
- mit der Beendigung der Mitgliedschaft bei der BKK24,
- bei Selbstständigen mit der Aufgabe der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit,
- bei Künstlern und Publizisten mit der Aufgabe der hauptberuflich erwerbsmäßigen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit,
- bei Arbeitnehmern ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung mit der Aufgabe der berufsmäßigen Ausübung bzw. dem Ende der Beschäftigung.

Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs (Sonderkündigung) durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist möglich, bei

- Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls,
- tarifbezogener Satzungsänderung, die für das Mitglied nachteilig ist.

Die Sonderkündigung kann in diesen Fällen zum Ende des Kalendermonats erfolgen, der auf den Eintritt des Härtefalls bzw. die Bekanntmachung der Tarifänderung folgt. Das Erreichen einer höheren Altersstufe rechtfertigt nicht die Kündigung des Tarifes.

- V Während der Dauer des Tarifes ist durch das Mitglied eine Prämie zu entrichten. Die Prämien sind monatlich zu zahlen und werden spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Prämie gilt. Für die Dauer des Bezugs von Wahltarifkrankengeld oder gesetzlichem Krankengeld nach § 44 SGB V besteht Prämienfreiheit. Die Prämien sind für jeden Tag der Zugehörigkeit zum Wahltarif zu zahlen, es sei denn, es besteht Prämienfreiheit nach diesem Absatz. Reichen die kalkulierten Prämien nicht mehr aus, um die Kosten des angebotenen Tarifs zu decken, so ist die BKK24 zur Anpassung der Prämie im erforderlichen Maße verpflichtet.

Der Prämienberechnung werden zugrunde gelegt bei

- Selbstständigen das nach den einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge i.V.m. § 240 SGB V festgestellte beitragspflichtige Arbeitseinkommen. Die gesetzlich festgelegten Mindestbemessungsgrundlagen im Sinne des § 240 Abs.4 SGB V finden keine Anwendung,
- Versicherungspflichtig Beschäftigten, deren Beschäftigungsverhältnis im Voraus auf weniger als 10 Wochen befristet ist, das zu erwartende durchschnittliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt nach § 226 Abs.1 Nr.1 SGB V,
- Unständig Beschäftigten im Sinne des § 27 Abs.3 Nr.1 SGB III das durchschnittliche monatliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt des Vorjahres nach § 232 SGB V.

Das beitragspflichtige Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt wird maximal bis zu einem Betrag von 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs.3 SGB V bzw. bei unständig Beschäftigten entsprechend § 232 Abs.1 SGB V berücksichtigt. § 23a SGB IV gilt entsprechend.

Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz haben als Verpflichtung aus § 206 Abs.1 Nr.2 SGB V Änderungen ihres beitragspflichtigen Jahreseinkommens der BKK24 unaufgefordert mitzuteilen; Nachteile aus der Verletzung dieser Pflicht treffen den Versicherten.

Eine Prämienanpassung wird mit dem ersten Tag des auf dem Zeitpunkt der Änderung des Einkommens folgenden Kalendermonats vorgenommen. Bei Selbstständigen gilt als Zeitpunkt der Änderung das Datum des zu berücksichtigenden Steuerbescheides. Eine Reduzierung der Prämie auf Grund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wird zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats vorgenommen. Eine Prämienanpassung während eines laufenden Versicherungsfalles hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Wahltarifkrankengeldes. Die Bindungsfrist nach § 53 Abs.8 SGB V bleibt von einer Prämienanpassung unberührt.

VI Für den Wahltarif wird eine Prämie in Höhe von 1,0 v.H. des der Prämienberechnung zugrunde liegenden Betrages nach V. erhoben.

VII Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

- für Selbstständige ab dem 15. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Für Selbstständige endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif).
- für Künstler und Publizisten ab dem 15. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Für Künstler und Publizisten endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif).
- für Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung ab dem 15. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Für Beschäftigte endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif).

Die Wahl des Lückentarifs ist nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 SGB BV möglich.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

VIII Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

- wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Wartezeit nach Absatz III. eintritt, für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit,
- bei Prämien schulden aus einem Wahltarif von mindestens zwei Monaten,
- bei Arbeitnehmern ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung, Selbstständigen, Künstler und Publizisten vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zum 14. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- soweit und solange das Mitglied Arbeitseinkommen oder Entgeltersatzleistungen von einem anderen Sozialversicherungsträger erhält.

Bei Selbstverschulden kann das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagt oder zurückgefordert werden (§ 52 Abs.1 SGB V).

Die Bindungsfrist und die Pflicht zur Prämienzahlung bestehen auch bei einem Ruhen der Leistung.

- IX Für die Höhe und Berechnung des Wahltarifkrankengeldes aus dem Lückentarif gilt § 47 Abs.1 SGB V i.V.m. § 12 Absatz IV der Satzung. Das Krankengeld darf das durch die Arbeitsunfähigkeit ausgefallene Nettoentgelt nicht überschreiten. Soweit und solange Krankengeld gezahlt wird, trägt die BKK24 alle gegebenenfalls anfallenden Beiträge für die gesetzliche Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung sowie die Arbeitslosenversicherung. Bei der Zahlung des Krankengeldes für einen vollen Kalendermonat wird dieser mit 30 Tagen angesetzt.
- X Für Selbstständige und Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung endet der Anspruch auf Krankengeld spätestens nach 78 Wochen Bezugszeit innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren, gleich ob es sich um einen oder mehrere Arbeitsunfähigkeitsfälle handelt. Bei Künstlern und Publizisten endet die Anspruchsdauer spätestens nach Ablauf von 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren, für den einzelnen Arbeitsunfähigkeitsfall jedoch spätestens mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung für die Zahlung des Krankengeldes ist die Aufnahme zu einer stationären Krankenhausbehandlung bzw. der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit.
- XI Die BKK24 behält sich das Recht vor, bei Arbeitsunfähigkeit eine Leistungsfallprüfung durchzuführen, ob die Arbeitsunfähigkeit durch weitere oder ergänzende Leistungen zur Rehabilitation abgekürzt werden kann oder ob Wiedereingliederungsmaßnahmen erforderlich sind. Bescheinigt ein Arzt, dass die Erwerbsfähigkeit gemindert oder gefährdet ist, ist die BKK24 verpflichtet, den Versicherten zur Stellung eines Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen aufzufordern, der gegebenenfalls nach erfolgloser Maßnahme in einen Rentenantrag durch die Deutsche Rentenversicherung umgewandelt wird. Bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Es gilt § 11 Abs. 5 SGB V. Wurde die Arbeitsunfähigkeit durch einen Dritten verursacht (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall oder durch eine sonstige unerlaubte Handlung im Sinne des § 823 BGB), von dem der Versicherte dem Grunde nach Schadenersatz fordern kann, geht dieser Anspruch nach § 116 SGB X in Höhe des Krankengeldes auf die BKK24 über.
- XII Ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes besteht für die in Absatz I genannten Personenkreise nicht.
- XIII Für Mitglieder, die am 31. Dezember 2009 mit Anspruch auf Krankengeld bei der BKK24 versichert sind, entfällt die Wartezeit nach Absatz III, wenn der Wahltarif Krankengeld zum 1. Januar 2010 bis spätestens zum 31. März 2010 gewählt wird

§ 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

- I. Für die in § 5 Abs. II bezeichneten Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.
- II. Für die in § 5 Abs. II bezeichneten, mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, bleibt der Anspruch auf Krankengeld längstens für einen Monat erhalten.

§ 15 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK24 führt das Bundesversicherungsamt, Bonn.

§ 16 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK24 gehört dem BKK Landesverband Mitte, Hannover, als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 17 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK24 erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK24 und nachrichtlich in der Mitgliederzeitung sowie im Internet unter www.bkk24.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK24 beträgt die Aushangfrist eine Woche.

Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 18 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse⁵⁷

Die BKK24 veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK24 veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK24 aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Verwaltungsräte haben diese Satzung am 19.02.2010 beschlossen:
2. Die Satzung tritt am Ersten des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft.

Siegel

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Seiffert

⁵⁷ Eingefügt durch 11. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 05.01.2015, Inkrafttreten 01.02.2015

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.⁵⁸

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2** des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

⁵⁸ geändert durch 8. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2014
Inkrafttreten am 01.10.2014

** Falls besondere Gesichtspunkte ein Abweichen von § 5 Abs. 1 BRKG erforderlich machen; derzeit 0,30 EUR für jeden gefahrenen Kilometer

- d) die Unterkunft- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70,00 Euro.^{59 60}

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

⁵⁹ Geändert durch 6. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 29.7.2013
Inkrafttreten am 01.08.2013

⁶⁰ Geändert durch 14. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 24.02.2016
Inkrafttreten am 01.03.2016