



## **Satzung**

**der Siemens-Betriebskrankenkasse**

**vom 1. Januar 2010**

**(Stand: 03.05.2018 einschl. 38. Satzungsantrag)**

## Inhalt

	Seite
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	4
§ 2 Organe der SBK.....	4
§ 3 Verwaltungsrat.....	5
§ 4 Vorstand.....	7
§ 5 Widerspruchsausschuss.....	9
§ 6 Weitere Ausschüsse.....	10
§ 7 Kreis der versicherten Personen.....	11
§ 8 Wahlmöglichkeiten.....	11
§ 9 Kündigung der Mitgliedschaft.....	11
§ 10 Aufbringung der Mittel.....	12
§ 11 Höhe der Rücklage.....	12
§ 12 Bemessung der Beiträge.....	12
§ 13 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz.....	12
§ 14 Fälligkeit der Beiträge.....	12
§ 15 Leistungen.....	14
§ 15 a Leistungsausschluss.....	14
§ 15 b Wahltarif Selbstbehalt.....	15
§ 15 c Wahltarif Zahngesundheit.....	17
§ 15 d Besondere Versorgung.....	19
§ 15 e Hausarztzentrierte Versorgung.....	19
§ 16 Prävention.....	20
§ 16 a Bonusprogramm.....	21
§ 16 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten rund um die Schwangerschaft.....	24
§ 16 c Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung.....	26
§ 16 d Strukturierte Behandlungsprogramme.....	26
§ 16 e Krankheitsverhütung.....	27
§ 16 f Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.....	27
§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	32
§ 18 Häusliche Krankenpflege.....	32
§ 18 a Haushaltshilfe.....	33
§ 19 Wahltarife Krankengeld.....	33
§ 20 Kostenerstattung.....	33
§ 20 a Weitere Kostenerstattungsregelungen zur europaweiten.....	34
Inanspruchnahme von Leistungen.....	34

---

§ 20 b Kostenerstattung Arzneimittel .....	35
§ 20 c Verträge mit europäischen Leistungserbringern.....	36
§ 20 d Teilkostenerstattung für DO-Angestellte .....	36
§ 21 Private Zusatzversicherungsverträge.....	37
§ 22 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V.....	37
§ 22 a Osteopathie .....	37
§ 22 b Sportmedizinische Untersuchung und Beratung .....	37
§ 22 c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung .....	38
§ 22 d Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung .....	38
§ 22 e Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Onkologie .....	39
§ 22 f Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Orthopädie.....	40
§ 22 g Rufbereitschaft Hebammen .....	42
§ 22 h Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge .....	42
§ 22 i Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsystem .....	43
§ 22 j Hautkrebsscreening.....	44
§ 23 Auskünfte über Abrechnungsdaten .....	44
§ 24 Aufsicht.....	45
§ 25 Mitgliedschaft zum Landesverband.....	45
§ 26 Bekanntmachungen; öffentliche Zustellung.....	45
§ 27 Modellvorhaben (leer) .....	45
§ 28 Ausgleichsverfahren .....	45
Artikel II .....	47
Inkrafttreten.....	47
Genehmigung der Satzung.....	47
Anlage 1 .....	51
Anlage 1 a.....	57
Anlage 2 zu § 3 Abs. IX der Satzung.....	62
Anlage 3 zu § 27 der Satzung (leer) .....	65
Anlage 4 zu § 28 – Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1/U 2).....	66
Anlage 5 zu § 16 b .....	69
Anlage 6 zu § 15 b (mit Wirkung zum 01.01.2015 ersatzlos entfallen).....	71
Anlage 7 zu § 19 Wahltarife Krankentagegeld.....	72

## **Artikel I**

### **Inhalt der Satzung**

#### **§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**

I.

<sup>1</sup>Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK).

<sup>2</sup>Sie ist seit dem 1. Januar 2010 gemeinsame Rechtsnachfolgerin der am 2. März 1908 errichteten Siemens-Betriebskrankenkasse und der im Jahre 1867 errichteten Betriebskrankenkasse neue bkk.

<sup>3</sup>Sie hat ihren Sitz in Heidenheim.

II.

<sup>1</sup>Der Bereich der SBK erstreckt sich auf alle in Anlage 1 zu § 1 der Satzung aufgeführten Betriebe der Siemens AG und der genannten Gesellschaften in der Bundesrepublik Deutschland. <sup>2</sup>Die Anlage ist Bestandteil der Satzung. <sup>3</sup>Er erstreckt sich ferner auf die rückwärtigen Bereiche (Verwaltung und Betriebe) und Filialen der KAISER'S Tengelmann AG, Hauptniederlassung Viersen, sowie die Zweigniederlassungen in der Bundesrepublik Deutschland. Des Weiteren erstreckt sich die Zuständigkeit auf die Betriebe der UPM-Kymmene Papier GmbH & Co. KG in Augsburg und Schongau (beide Bayern), Schwedt/Oder (Brandenburg) und auf den Betrieb der Nordland Papier GmbH in Dörpen (Niedersachsen).

<sup>3</sup>Darüber hinaus erstreckt sich der Bereich der SBK auch auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, sowie auf die in Anlage 1 a genannten Betriebe.

#### **§ 2 Organe der SBK**

Organe der Siemens-Betriebskrankenkasse sind der Verwaltungsrat (§ 3) als Selbstverwaltungsorgan und der hauptamtliche Vorstand (§ 4).

### § 3 Verwaltungsrat

I.

1. <sup>1</sup>Das Selbstverwaltungsorgan der SBK ist der Verwaltungsrat. <sup>2</sup>Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. <sup>1</sup>Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. <sup>2</sup>Wird als Vorsitzender ein Vertreter der Versicherten gewählt, so ist der Vertreter des Arbeitgebers stellvertretender Vorsitzender; wird als Vorsitzender der Vertreter des Arbeitgebers gewählt, so ist als sein Stellvertreter ein Vertreter der Versicherten zu wählen. <sup>3</sup> Abweichend von § 49 Abs. 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:<sup>4</sup>Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Absatz 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. <sup>5</sup>Er hat bei 0 bis 20 Versicherten eine Stimme, 21 bis 50 Versicherten zwei Stimmen, 51 bis 100 Versicherten drei Stimmen und je weiteren 1 bis 100 Versicherten eine weitere Stimme.
4. <sup>1</sup>Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach jeweils einem Jahr.<sup>2</sup>Der Wechsel im Vorsitz tritt zum 1.4. eines jeden Jahres ein.

II.

<sup>1</sup>Dem Verwaltungsrat gehören fünfzehn Versichertenvertreter sowie fünfzehn Vertreter der Arbeitgeber an. <sup>2</sup>Jedes Mitglied des Verwaltungsrates hat eine Stimme.

III.

<sup>1</sup>Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der SBK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die SBK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

<sup>2</sup>Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die SBK von grundsätzlicher Bedeutung sind; hierzu gehören u.a. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung im Bereich der
  - Gesundheits- und Sozialpolitik,
  - Finanzpolitik einschließlich Beitragssatz- und Haushaltsentwicklung,
  - Organisationsstruktur,
  - Mitgliederentwicklung, Vertrieb und Marketing,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand sowie den Vorsitzenden des Vorstandes zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der SBK mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
8. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen bzw. mit den in § 171 a SGB V (kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen) genannten Krankenkassen zu beschließen,
9. über eine Amtsenthebung oder Amtsentbindung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Mitglieder des Vorstandes zu entscheiden,
10. über die Bestellung des Wahlausschusses für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen zu beschließen.
11. Für jedes Geschäftsjahr ist 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.

#### IV.

<sup>1</sup>Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. <sup>2</sup>§ 63 Absätze 3 a und 4 SGB IV geltend entsprechend.

#### V.

<sup>1</sup>Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. <sup>2</sup>Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

#### VI.

<sup>1</sup>Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. <sup>2</sup>Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

#### VII.

<sup>1</sup>Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei

1. Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
2. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
3. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

<sup>2</sup>Wenn mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

VIII.

<sup>1</sup>Der Verwaltungsrat vertritt die SBK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.

<sup>2</sup>Das Vertretungsrecht gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern wird gemeinsam durch den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt.

IX.

<sup>1</sup>Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in Anlage 2 zu § 3 Abs. IX der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. <sup>2</sup>Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

X.

Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

#### **§ 4 Vorstand**

I.

Dem Vorstand der SBK gehören zwei Mitglieder an.

II.

Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III.

<sup>1</sup>Der Vorstand verwaltet die SBK. <sup>2</sup>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 SBK 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 SBK abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen. § 63 Absatz 4 SGB IV gilt entsprechend.

#### IV.

<sup>1</sup>Der Vorstand legt das Vermögen an. <sup>2</sup>Dazu hat der Vorstand unter Einhaltung der Vorschriften über die Rechnungslegung in der Sozialversicherung entsprechende Richtlinien zu erstellen. <sup>3</sup>Diese Richtlinien legen die Kriterien über den Auswahlprozess sowie das Auswahlverfahren der einzubeziehenden Geldinstitute für die Anlage des Vermögens fest. <sup>4</sup>§ 3 Abs. III Nr. 7 bleibt unberührt.

#### V.

<sup>1</sup>Der Vorstand vertritt die SBK gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. <sup>2</sup>Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die SBK alleine zu vertreten.

#### VI.

<sup>1</sup>Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der SBK wird vom Vorstand eingestellt. <sup>2</sup>Im Rahmen des Haushaltsplanes sind diese Stellen auszubringen.

#### VII.

<sup>1</sup>Der Vorstand erlässt Regelungen über die Verwaltung der SBK und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. <sup>2</sup>Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Regelungen verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. <sup>3</sup>Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.



## § 5 Widerspruchsausschuss

I.

<sup>1</sup>Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. <sup>2</sup>Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in München. <sup>3</sup>Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 SGB IV i.V.m. § 69 OWiG wahr.

II.

1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils drei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen.
2. Zur Vertretung im Verhinderungsfall werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses durch jeweils drei Stellvertreter aus der Gruppe der Arbeitgeber und der Gruppe der Versicherten in der Reihenfolge ihrer Wahl unter Beachtung ihrer Gruppenzugehörigkeit vertreten.
3. <sup>1</sup>Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses und deren Stellvertreter werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. <sup>2</sup>Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. <sup>3</sup>Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. <sup>4</sup>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. <sup>1</sup>Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. <sup>2</sup>Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der SBK sein kann.
6. <sup>1</sup>Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter kann an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teilnehmen. <sup>2</sup>§ 63 Abs. 4 SGB IV gilt entsprechend.
7. <sup>1</sup>Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn ein Vertreter der Arbeitgeber und zwei Versichertenvertreter anwesend sind. <sup>2</sup>Die Beschlussfähigkeit ist vom Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses festzustellen. <sup>3</sup>Sofern Vertreter der Arbeitgeber nach § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV von der Beschlussfassung ausgeschlossen sind, ist der Widerspruchsausschuss beschlussfähig, wenn die Versichertenvertreter anwesend sind.
8. <sup>1</sup>Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. <sup>2</sup>Eine Stimmenthaltung gilt als Ablehnung des Widerspruchs oder des Einspruchs. <sup>3</sup>Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen oder der Bußgeldbescheid als bestätigt.

III.

Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

## **§ 6 Weitere Ausschüsse**

I.

### Hauptausschuss/Grundsatzfragen

<sup>1</sup>Dem Hauptausschuss/Grundsatzfragen des Verwaltungsrates gehören elf Mitglieder an:

1. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates,
2. der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates,
3. sechs Vertreter der Arbeitgeber,
4. sechs Versichertenvertreter des Verwaltungsrates.

<sup>2</sup>Die Aufgabe des Hauptausschusses/Grundsatzfragen besteht in der Vorbereitung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung. <sup>3</sup>Dazu zählt der gesamte Umfang der Grundsätze der Geschäftspolitik und der Grundsatzfragen der Kassenorganisation.

II.

### Finanzausschuss

<sup>1</sup>Der Finanzausschuss des Verwaltungsrates setzt sich aus vier Versichertenvertretern und zwei Vertretern der Arbeitgeber zusammen. <sup>2</sup>Die Versichertenvertreter haben vier Stellvertreter, die Arbeitgeber einen Stellvertreter im Verhinderungsfall. <sup>3</sup>Zu den Sitzungen des Finanzausschusses können Sachverständige hinzugezogen werden.

<sup>4</sup>Der Finanzausschuss kann zur Erfüllung seiner Aufgaben bereits während des Jahres sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen <sup>5</sup>§ 63 Absätze 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend. <sup>6</sup>Der Verwaltungsrat kann dem Finanzausschuss durch Beschluss weitere Aufgaben übertragen.

III.

### Sonstige Ausschüsse

Zur Unterstützung des Verwaltungsrates können neben dem Hauptausschuss und dem Finanzausschuss zur Erledigung zeitweiliger Aufgaben Ausschüsse gebildet werden.

## **§ 7 Kreis der versicherten Personen**

I.

Zum Kreis der bei der SBK versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

II.

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der SBK nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III.

Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (§10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der SBK durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

## **§ 8 Wahlmöglichkeiten**

Die in § 7 der Satzung genannten Personen können die SBK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bei der SBK bestanden hat oder
3. deren Ehegatte<sup>1</sup> bei der SBK versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der SBK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die SBK besteht, und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse bzw. einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

## **§ 9 Kündigung der Mitgliedschaft**

I.

---

<sup>1</sup> bzw. Lebenspartner i.S. des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften; Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001

<sup>1</sup>Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. <sup>2</sup>Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. <sup>3</sup>Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. <sup>4</sup>Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder eine andere Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II.

<sup>1</sup>Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. <sup>2</sup>Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

## **§ 10 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

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

## **§ 12 Bemessung der Beiträge**

Die Bemessung der Beiträge für freiwillig Versicherte sowie für Rentenantragsteller, Schwangere mit fortbestehender Mitgliedschaft (§ 192 Abs. 2 SGB V) und Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V erfolgt nach den Einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträgen (Beitragsverfahrensgrundsätze) in der jeweils geltenden Fassung.

## **§ 13 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die SBK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## **§ 14 Fälligkeit der Beiträge**

I.

<sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

## II.

Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig.

## III.

<sup>1</sup>Die SBK kann von Arbeitgebern, die

1. länger als zwei Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
2. sich in einem Vergleichsverfahren befinden oder
3. sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
5. keine Beitragsnachweise einreichen,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für zwei Monate fordern. <sup>2</sup>Dabei ist eine Frist von mindestens einer Woche zur Einzahlung zu bestimmen.

## IV.

<sup>1</sup>Dem gesetzlich vorgeschriebenen Beitreibungsverfahren geht ein Mahnverfahren voraus.

<sup>2</sup>Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr erhoben. <sup>3</sup>Die Mahngebühr wird nach den Bestimmungen des § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) berechnet. <sup>4</sup>Die Mahngebühr wird auf volle Euro aufgerundet.

## V.

Im Übrigen wird zur Fälligkeit auf 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) in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.“

## **§ 15 Leistungen**

I.

<sup>1</sup>Die Versicherten der SBK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung,
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten ( §§ 25 und 26 SGB V),
- zur Behandlung einer Krankheit,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch,
- des persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

<sup>2</sup>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.

Die SBK unterstützt die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die SBK übergehen.

## **§ 15 a Leistungsausschluss**

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.

<sup>1</sup>Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leis-

tungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. <sup>2</sup>Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. <sup>3</sup>Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## § 15 b Wahltarif Selbstbehalt

### I. Teilnahme

<sup>1</sup>Volljährige Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der SBK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).

<sup>2</sup>Am Selbstbehaltstarif der SBK können alle Mitglieder teilnehmen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. <sup>3</sup>Solange Mitgliedsbeiträge während der Teilnahme am Tarif vollständig von Dritten übernommen werden oder die Mitgliedschaft unterbrochen wird, ruht dieser Tarif.

<sup>4</sup>Der Tarif kann immer zum 1. eines Monats begonnen werden, jedoch nicht rückwirkend. <sup>5</sup>Wenn der Tarif während des laufenden Kalenderjahres gewählt wird, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung anteilig mit einem Zwölftel pro Monat berechnet. <sup>6</sup>Für jeden angefangenen Monat einer Ruhenszeit werden Prämie und Selbstbehalt anteilig mit einem Zwölftel pro Monat reduziert.

### II. Höhe der Prämie und des Selbstbehalts

<sup>1</sup>In Abhängigkeit des Einkommens betragen die jährliche Prämie und der jährliche Selbstbehalt:

Einkommen	Tarifstufe	Prämie	Selbstbehalt
ab 7.200 €	1	50 €	60 €
16.001€- 30.000€	2	200 €	250 €
30.001€	3	350 €	450 €

<sup>2</sup>Die individuelle Prämie des Mitglieds beträgt darüber hinaus höchstens 20 % der vom Mitglied in einem Kalenderjahr an die SBK gezahlten Beiträge, mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB V sowie § 257 Satz 1 SGB V. <sup>3</sup>Es werden nur die während der Laufzeit des Tarifs gezahlten Beiträge berücksichtigt. <sup>4</sup>Ruhenszeiten werden nicht berücksichtigt.

<sup>5</sup>Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt.

### III. Anrechnung von Leistungen

<sup>1</sup>Nachfolgende Leistungen der SBK werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet:

<sup>2</sup>Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V und § 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V genannten Leistungen zur Gesundheitsförderung, Vorsorge und Gesundheitsprävention mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. II und §§ 24 – 24b SGB V.

<sup>3</sup>Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Sätze 1 bis 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt deren Anrechnung auf den Selbstbehalt grundsätzlich in Höhe der der SBK tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

<sup>4</sup>Auf den Selbstbehalt angerechnet werden alle budgetär vergüteten Leistungen der SBK für ambulante vertragsärztliche Behandlungen, soweit sie eine Verordnung (Kassenrezept) von auf den Selbstbehalt anrechenbaren Leistungen zur Folge haben, mit einer Pauschale von 40 €. <sup>5</sup>Budgetäre ärztliche Leistungen ohne Kassenrezept bleiben unberücksichtigt. <sup>6</sup>Im Übrigen werden alle anderen vertragsärztlichen Leistungen mit ihren tatsächlichen Kosten auf den Selbstbehalt angerechnet.

<sup>7</sup>Die Anrechnung mit den tatsächlichen Kosten gilt ebenso für alle Zahnarztkontakte, sofern sie nicht der reinen Prophylaxe dienen.

<sup>8</sup>Davon ausgenommen sind Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland, die nach Vorlage der Europäischen Krankenversichertenkarte oder einer entsprechenden Anspruchsbescheinigung erbracht wurden. <sup>9</sup>Diese Kosten werden pauschal mit 450 € je Behandlungstag auf den Selbstbehalt angerechnet. <sup>10</sup>Das Mitglied meldet der SBK die Dauer und den Zweck der entsprechenden Behandlungen.

<sup>11</sup>Als Stichtag für die Anrechnung auf den Selbstbehalt gilt der Tag des Behandlungsbeginns.

### IV. Bindung an den Tarif und die SBK

<sup>1</sup>Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, wobei eine Kündigung frühestens nach Ablauf von 3 Jahren nach Teilnahmebeginn möglich ist.

<sup>2</sup>Das Mitglied kann die Teilnahme am Selbstbehaltstarif der SBK in besonderen Härtefällen mit einer Frist von einem Kalendermonat kündigen, insbesondere bei schwerwiegender chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sowie bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder XII.

<sup>3</sup>Die SBK kann Änderungen der Tarifbedingungen vornehmen, soweit sich aus der praktischen Abwicklung oder aus anderen Gründen, wie der fehlenden Wirtschaftlichkeit des Tarifs, die Notwendigkeit hierfür ergibt. <sup>4</sup>Das Mitglied hat ein Sonderkündigungsrecht, wenn sich die Werte der Prämie oder des Selbstbehalts um mehr als 10 % verändern.

<sup>5</sup>Während der dreijährigen Bindung an den Selbstbehaltstarif der SBK kann die Mitgliedschaft bei der SBK nicht gekündigt werden, jedoch besteht ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5. <sup>6</sup>Außerdem endet der Tarif automatisch, wenn die Mitgliedschaft bei der SBK wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 188 Abs. 4 SGB V endet.

### V. Kündigung und Beendigung des Tarifs durch die SBK



<sup>1</sup> Die SBK kann nach Ablauf der dreijährigen Bindefrist den Tarif zum Ende des Kalenderjahres kündigen, wenn das Mitglied die Selbstbehalte nicht entrichtet.

<sup>2</sup> Die SBK ist verpflichtet, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Tarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehaltstarifs finanzieren lassen (§ 53 IX SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot).

<sup>3</sup> Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der SBK die Tarifschließung anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt.

## **§ 15 c Wahltarif Zahngesundheit**

### **I. Teilnahmeberechtigung**

<sup>1</sup> Am Selbstbehalttarif „Zahngesundheit“ der SBK können alle Mitglieder teilnehmen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten (z.B. von der Bundesagentur für Arbeit) getragen werden. <sup>2</sup> Nach § 10 SGB V versicherte Familienangehörige können den Tarif nicht wählen.

### **II. Beginn der Teilnahme**

<sup>1</sup> Der Tarif kann immer zum 1. eines Monats begonnen werden. <sup>2</sup> Wenn die Teilnahme am Tarif erklärt wird, beginnt er frühestens zum 1. des Folgemonats. Mit Beginn der Teilnahme beginnt das Tarifjahr und endet nach 12 Monaten.

### **III. Maximale Höhe der Prämie und des Selbstbehalts**

1. Die SBK bietet den Tarif zu folgenden Konditionen an:

- (a) Jährliche Prämie: 60€.
- (b) Maximaler jährlicher Selbsthalt: 180€.

2. <sup>1</sup> Die Prämienzahlung an das Mitglied darf bis zu 20% für einen oder mehrere 30% der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600 EUR, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V 900 EUR jährlich betragen. <sup>2</sup> Es werden nur die während der Laufzeit des Tarifs gezahlten Beiträge berücksichtigt.

### **IV. Prämienzahlung**

Die Prämie wird zu Beginn des Tarifjahres ausbezahlt.

### **V. Auf den Selbstbehalt anrechenbare Leistungen (selbstbehaltsschädliche Leistungen)**

<sup>1</sup> Alle Kosten, die durch eine Leistungsanspruchnahme des Tarifteilnehmers in den Bereichen Zahnersatz und Parodontosebehandlung entstehen, werden in Höhe des von der SBK getragenen Betrages auf den Selbstbehalt angerechnet.

<sup>2</sup> Dies gilt für die Kosten für:

1. Zahnersatz nach §§ 28 Abs. 2, 55, 56 SGB V.
2. Parodontosebehandlung nach § 28 Abs. 2 SGB V.

<sup>3</sup>Als Stichtag für die Anrechnung auf den Selbstbehalt gilt der Tag des Behandlungsbeginns.

## **VI. Bindungsfrist an den Tarif**

Das Mitglied ist aufgrund gesetzlicher Regelung für drei Jahre an die Teilnahme am Selbstbehalttarif „Zahngesundheit“ der SBK gebunden.

## **VII. Verlängerung nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist**

1. Nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist verlängert sich die Teilnahme am Selbstbehalttarif „Zahngesundheit“ der SBK automatisch um ein Jahr, wenn nicht das Mitglied den Tarif einen Kalendermonat vor Ablauf der Bindungsfrist kündigt.
2. Danach verlängert sich die Tarifeilnahme automatisch jeweils um ein weiteres Jahr, es sei denn, der Tarif wird einen Monat vor Ablauf des Tarifjahres schriftlich gekündigt.
3. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der SBK, dann endet der Wahltarif zeitgleich mit der Mitgliedschaft.

## **VIII. Verfahren bei Tarifänderungen**

1. Die SBK kann Änderungen der Tarifbedingungen vornehmen, soweit sich aus der praktischen Abwicklung oder aus anderen Gründen, wie der fehlenden Wirtschaftlichkeit des Tarifs, die Notwendigkeit hierfür ergibt.
2. Die SBK teilt dem Mitglied die Änderung der Tarifbedingungen unter Einräumung eines Widerspruchsrechts mit.
3. Widerspricht das Mitglied den geänderten Tarifbedingungen nicht innerhalb einer Frist von einem Kalendermonat nach Zugang der Mitteilung, wird der Tarif zu den geänderten Bedingungen weitergeführt.
4. <sup>1</sup>Bei fristgerechtem Widerspruch endet die Teilnahme zum Ende des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem die geänderten Tarifbedingungen gelten. <sup>2</sup>Die dreijährige Bindungsfrist gilt dann nicht.

## **IX. Beendigung**

1. Der Tarif kann durch das Mitglied unter Einhaltung der Bindungsfristen nach Absatz VI und VII einen Monat vor Ablauf des Tarifjahres gekündigt werden.
2. Der Tarif endet automatisch, wenn die Prämie des Tarifs um mehr als 10% reduziert oder der Selbstbehalt um mehr als 10% erhöht wird.
3. Das Mitglied kann die Teilnahme am Selbstbehalttarif der SBK in besonderen Härtefällen mit einer Frist von einem Kalendermonat kündigen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII.
4. Die SBK ist verpflichtet, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Tarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung

sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehalttarifs „Zahngesundheit“ finanzieren lassen (§ 53 Absatz IX SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot).

5. <sup>1</sup>Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der SBK die Tarifschließung anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. <sup>2</sup>Voraussetzung für eine Kündigung durch die SBK ist, dass die Aufsichtsbehörde der SBK die Tarifauflösung genehmigt.

## **X. Ausschluss der Kündigung der Mitgliedschaft**

<sup>1</sup>Während der dreijährigen Bindung an den Selbstbehalttarif „Zahngesundheit“ der SBK kann die Mitgliedschaft bei der SBK nicht gekündigt werden. <sup>2</sup>Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der SBK ist frühestens zum Ablauf der Dreijahresfrist möglich.“

## **§ 15 d Besondere Versorgung**

I.

<sup>1</sup>Die SBK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen an. <sup>2</sup>Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II.

<sup>1</sup>Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. <sup>2</sup>Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages  
die Freiwilligkeit einer 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.

## **§ 15 e Hausarztzentrierte Versorgung**

I.

<sup>1</sup>Die SBK 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. <sup>2</sup>Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II.

<sup>1</sup>Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. <sup>2</sup>Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit einer 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.

## § 16 Prävention

I.

<sup>1</sup>Die SBK gewährt Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung). <sup>2</sup>Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – die Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem:

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

<sup>3</sup>Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:

- Bewegungsgewohnheiten
  - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
  - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Ernährung
  - Vermeidung von Mangel und Fehlernährung
  - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Stressmanagement
  - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
  - Förderung von Entspannung
- Suchtmittelkonsum.
  - Förderung des Nichtrauchens

- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

## II.

Präventionsmaßnahmen, die die SBK selbst veranstaltet, werden als Sachleistung angeboten.

## III.

<sup>1</sup>Die SBK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 im Rahmen von Zuschüssen. <sup>2</sup>Für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention ist für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Eigenanteil von 25 vom Hundert vorzusehen. <sup>3</sup>Die SBK gewährt Zuschüsse für maximal zwei Kurse innerhalb eines Kalenderjahres. <sup>4</sup>Die Höhe der Zuschüsse ist für alle Versicherten auf höchstens 80 Euro je Kurs begrenzt.

## IV.

<sup>1</sup>Die SBK wirkt beim Erkennen und Verhindern arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit. <sup>2</sup>Sie arbeitet dabei mit den betriebsärztlichen Dienststellen sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und den Unfallversicherungsträgern zusammen.

## § 16 a Bonusprogramm

### „I.

**Teilnahmeberechtigter Personenkreis:** <sup>1</sup>Versicherte der SBK können am „SBK-Bonusprogramm“ für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. <sup>2</sup>Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. <sup>3</sup>Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

### II.

**Erklärung und Dauer der Teilnahme:** <sup>1</sup>Die Teilnahme ist vom Versicherten zu erklären. <sup>2</sup>Sie beginnt zum 01.01. des Kalenderjahres in dem die Erklärung bei der SBK eingeht, aber nicht vor Beginn der Versicherung bei der SBK.

<sup>3</sup>Die Teilnahme dauert zunächst bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres (Bonuszeitraum). <sup>4</sup>Die Teilnahme verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate. <sup>5</sup>Es sei denn, der Teilnehmer erklärt, dass die Teilnahme nicht über den Ablauf des Bonuszeitraums hinaus fortgesetzt werden soll. <sup>6</sup>Mit dem Ende der Versicherung bei der SBK endet zeitgleich auch die Teilnahme am SBK Bonusprogramm.

### III.

**Anspruch und Nachweis:** <sup>1</sup>Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die

- Regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennungen von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V in Anspruch nehmen
- Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20 i SGB V in Anspruch nehmen oder
- Regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.

<sup>2</sup>Der Teilnehmer weist die Inanspruchnahme bzw. Durchführung der Gesundheitsmaßnahmen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach. <sup>3</sup>Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der SBK nicht übernommen.

<sup>4</sup>Für Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des jeweiligen Bonuszeitraums kann kein Gesundheitsbonus erworben werden. <sup>5</sup>Dies gilt auch für Maßnahmen, die außerhalb einer bestehenden Versicherung bei der SBK durchgeführt werden. <sup>6</sup>Zeiten nach § 19 SGB V werden dabei einer bestehenden Versicherung gleichgestellt.

IV.

**Bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen:**

<sup>1</sup>Hinsichtlich der bonifizierbaren Maßnahmen sowie deren Nachweis für versicherte **Erwachsene** (ab Vollendung des 15. Lebensjahres) gilt:

- Es können maximal 10 Gesundheitsmaßnahmen bonifiziert werden. Voraussetzung für die Bonifizierung ist, dass mindestens 2 Leistungen durch den Teilnehmer nachgewiesen werden. Jede Maßnahme kann maximal einmal pro Kalenderjahr bonifiziert werden.
- Können bonifizierbaren Maßnahmen in unterschiedlichen Bonusprogrammen der SBK bonifiziert werden, so werden diese jeweils nur in einem Bonusprogramm anerkannt. In diesem Fall wählt der Versicherte, für welches Bonusprogramm er die Maßnahmen bonifiziert haben möchte.
- Im ersten Jahr der Teilnahme am Bonusprogramm beträgt der Bonus für die ersten beiden Maßnahmen jeweils 22,50 €, für jede weitere Maßnahme 10 €. Ab dem Folgejahr beträgt der Bonus 10 Euro je Maßnahme.

<sup>2</sup>Gesundheitsmaßnahmen:

- **Ärztliche Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 25 Abs. 1 SGB V**  
Teilnahmeberechtigt: Frauen und Männer entsprechend der Altersgrenze nach § 25 Abs.1 SGB V i.V.m. den Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt
- **Gesetzliche Krebsfrüherkennung**  
Teilnahmeberechtigt: Frauen und Männer entsprechend der Altersgrenze nach § 25 Abs.2 SGB V i.V.m. den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der jeweils gültigen Fassung.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt
- **Individueller Impfschutz In-und Ausland**  
Durchführung einer Schutzimpfung (alle von der SBK zu übernehmenden Schutzimpfungen nach § 20i SGB V i.V.m. § 16d der Satzung) oder Durchführung einer Auslandschutzimpfung.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt
- **Zahnvorsorge oder professionelle Zahnreinigung**  
Einmal jährliche Kontrolle beim Zahnarzt.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt
- **Gesundheitskurse zur Prävention** nach § 20 Abs.5 SGB V i.V.m. § 16 der Satzung  
Nachweis: Stempel/Unterschrift durch Kursleiter
- **Jugenduntersuchung**  
Dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Jugenduntersuchung J2 (§ 26 Abs. 1 SGB V)  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt
- **Regelmäßige körperliche Bewegung – Sportabzeichen**  
Schwimm-/Sportabzeichen vom Deutschen Olympischen Sportbund und seinen Mitgliedsverbänden; Schwimmabzeichen der DLRG  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Sportverband oder Sportverein
- **Regelmäßige körperliche Bewegung – aktive Mitgliedschaft Sportverein oder Fitness-Studio**  
Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder qualitätsgesicherten Fitness-Studio.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein
- **Regelmäßige körperliche Bewegung – Fit und Aktiv**  
Sportliche Outdoor-Aktivitäten bei denen unter qualifizierter Leitung das gemeinsame Bewegungstraining im Vordergrund steht (organisierte Wanderungen über den deutschen Wanderverband oder deutscher Alpenverein, Mountainbike-Kurse, Kletterkurse,

Radtouren über ADFC, aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen mit fachkundiger Vorbereitung und Anleitung z.B. durch zertifizierte Übungsleiter)  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein  
Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

<sup>3</sup>Hinsichtlich der bonifizierbaren Maßnahmen sowie deren Nachweis für **versicherte Kinder** (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) gilt:

-Es können maximal 6 Gesundheitsmaßnahmen bonifiziert werden. Voraussetzung für die Bonifizierung ist, dass mindestens 2 Leistungen durch den Teilnehmer nachgewiesen werden. Jede Maßnahme kann maximal einmal pro Kalenderjahr bonifiziert werden.

– Können bonifizierbare Maßnahmen in unterschiedlichen Bonusprogrammen der SBK bonifiziert werden so werden diese jeweils nur in einem Bonusprogramm aberkannt. In diesem Fall wählt der Versicherte, für welches Bonusprogramm er die Maßnahmen bonifiziert haben möchte.

–Der Bonus beträgt 10 € je Maßnahme

▪ **Zahnvorsorge**

halbjährliche Kontrolle beim Zahnarzt.

Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

▪ **Teilnahme Kinder-und Jugenduntersuchungen**

Dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Kinder und Jugenduntersuchungen, nach § 26 Abs. 1 SGB V (U4-U11, J1)

Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

▪ **Individueller Impfschutz In-und Ausland**

Durchführung einer Schutzimpfung (alle von der SBK zu übernehmenden Schutzimpfungen nach § 20i SGB V i.V.m. § 16d der Satzung oder Durchführung einer Auslandschutzimpfung.

Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

▪ **Regelmäßige körperliche Bewegung**

- **Sportabzeichen** vom Deutschen Olympischen Sportbund und seinen Mitgliedsverbänden oder Schule

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

- **Schwimmabzeichen**

vom Deutschen Olympischen Sportbund und seinen Mitgliedsverbänden, der DLRG oder Schule

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

▪ **Regelmäßige körperliche Bewegung – aktive Mitgliedschaft Sportverein oder Teilnahme Sportkurs**

Aktives Mitglied im Sportverein oder Teilnahme an einem Sportkurs unter qualifizierter Leitung z.B. durch zertifizierte Übungsleiter

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

V.

**Gewährung Gesundheitsbonus:** <sup>1</sup>Der Teilnehmer hat die Wahlmöglichkeit zwischen

- a) einem Gesundheitsbonus, der als Geldbonus gewährt wird oder
- b) einem Gesundheitsbonus, der als Zuschuss (zweckgebundener Bonus) zu Maßnahmen nach Absatz VI gewährt wird.

<sup>2</sup>Boni können jederzeit während des jeweiligen Kalenderjahres eingelöst werden. <sup>3</sup>Nach Ablauf des Kalenderjahres (Bonuszeitraum) können die Boni noch bis spätestens 31.03. des Folgejahres eingelöst werden. <sup>4</sup>Werden Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Gesundheitsbonus.

<sup>5</sup>Im Falle der Wahl nach Absatz V Buchstabe a) wird der Gesundheitsbonus direkt gewährt.

<sup>6</sup>Im Falle der Wahl nach Absatz V Buchstabe b) (zweckgebundener Bonus) kann der Teilnehmer den Gesundheitsbonus zeitlich unbefristet ansparen und gegen Vorlage der Originalrechnung für Maßnahmen nach Abs. VI einsetzen. <sup>7</sup>Dies gilt nicht für Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme an diesem Bonusprogramm erbracht wurden. <sup>8</sup>Maßnahmen, die

vor dem 01.01.18 (Zeitpunkt der Einführung des zweckgebundenen Bonus) in Anspruch genommen wurden, können ebenfalls nicht berücksichtigt werden.

<sup>9</sup>Voraussetzung für die Gewährung des Gesundheitsbonus als Zuschuss nach Abs. V Buchstabe b) ist, dass an dem Tag an dem die Gewährung als Zuschuss beantragt wird eine Versicherung bei der SBK besteht und vor Beginn des Tages, an dem die Gewährung als Zuschuss beantragt wird, keine Versicherungslücke besteht, die größer ist als zwölf Monate.

<sup>10</sup>Der Anspruch auf den Gesundheitsbonus nach Absatz V Buchstabe b) entsteht erst nach Vorlage entsprechender Belege. Es werden maximal die tatsächlich nachgewiesenen Aufwendungen bezuschusst.

VI.

**Zuschussleistungen:** <sup>1</sup>Versicherte, die eine Gewährung als zweckgebundenen Bonus nach Absatz V Buchstabe b gewählt haben, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Maßnahmen.

<sup>2</sup>Dies gilt nur, sofern die SBK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder ein anderweitiger Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. <sup>3</sup>Ausgenommen von dem Zuschuss sind gesetzliche Zuzahlungen und Leistungen die als bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen nach Absatz IV für einen Gesundheitsbonus berücksichtigt wurden.

- Akupunktur
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapieeinrichtung
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Erste-Hilfe-Kurse
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Fissuren Versiegelung, Funktionsanalyse)
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness-und Gesundheitsstatus
- Private Zusatzversicherungsverträge für den Bereich der Kranken-und Pflegeversicherung (nach § 194 Abs. 1a SGB V)
- Sehtest
- Sport- und Fitnessausrüstung (ohne Sportbekleidung und Schuhe)
- Sport-, Fitness & Gesundheitskurse (auch Online)
- Sportmedizinische Untersuchung, Beratung und Behandlung (z.B. tauchmedizinische Untersuchung)
- Gesundheitsleistungen lt. IGeL-Monitor
- Wunschvollnarkose

## § 16 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten rund um die Schwangerschaft

I.

**Teilnahmeberechtigter Personenkreis:** <sup>1</sup>Versicherte der SBK können am SBK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten rund um die Schwangerschaft teilnehmen. <sup>2</sup>Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. <sup>3</sup>Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

II.

**Erklärung und Dauer der Teilnahme:** <sup>1</sup>Die Teilnahme ist von der Versicherten zu erklären. <sup>2</sup>Sie beginnt nach Eingang der Erklärung bei der SBK mit Beginn der Schwangerschaft, aber nicht vor Beginn der Versicherung bei der SBK.



<sup>3</sup>Die Teilnahme endet mit Ablauf von 12 Monaten, gerechnet ab dem Tag der Geburt des Kindes (Bonuszeitraum). <sup>4</sup>Mit dem Ende der Versicherung bei der SBK endet zeitgleich auch die Teilnahme am SBK Bonusprogramm.

### III.

**Anspruch und Nachweis:** <sup>1</sup>Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die drei der nachfolgenden Leistungen/Maßnahmen vollständig in Anspruch genommen und durchgeführt haben:

- die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt oder Hebamme/Mutterpass
- die Teilnahme an einer Rückbildungsgymnastik bei einer zugelassenen Hebamme oder einer nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme oder einem vergleichbaren qualifizierten Anbieter  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter
- dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Kinderuntersuchungen U1-U3 nach § 26 Abs. 1 SGB V.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt/Kinderuntersuchungsheft (U-Heft)
- einen Nachweis des aktuellen Impfstatus des Neugeborenen nach § 20i SGB V.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt/Impfpass

<sup>2</sup>Können bonifizierbare Leistungen/Maßnahmen in unterschiedlichen Bonusprogrammen der SBK bonifiziert werden, so werden diese jeweils nur in einem Bonusprogramm, nach Wahl des Versicherten, anerkannt.

<sup>3</sup>Die Teilnehmerin weist die vollständige Inanspruchnahme bzw. Durchführung der Gesundheitsmaßnahme, die zur Bonifizierung führt entsprechend der Vorgaben in Satz 1 durch Bestätigung des Leistungserbringers nach. <sup>4</sup>Der Teilnehmerin entstehende Kosten für die Nachweise werden von der SBK nicht übernommen.

<sup>5</sup>Für Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des jeweiligen Bonuszeitraums kann kein Gesundheitsbonus erworben werden. <sup>6</sup>Dies gilt auch für Maßnahmen, die außerhalb einer bestehenden Versicherung bei der SBK durchgeführt werden. <sup>7</sup>Zeiten nach § 19 SGB V werden dabei einer bestehenden Versicherung gleichgestellt.

### IV.

#### **Gewährung Gesundheitsbonus:**

<sup>1</sup>Der Teilnehmerin hat die Wahlmöglichkeit zwischen

- c) einem Gesundheitsbonus, der als Geldbonus in Höhe von insgesamt 10 € gewährt wird oder
- d) einem Gesundheitsbonus, der als Zuschuss (zweckgebundener Bonus) zu Maßnahmen nach Absatz V in Höhe von maximal 50 € gewährt wird.

Bei Wahl der Variante b.) erhält die Teilnehmerin ihren Gesundheitsbonus als Zuschuss (zweckgebundener Bonus) nach Vorlage der Originalrechnung. <sup>3</sup>Dies gilt nur für Maßnahmen, die innerhalb der Teilnahme an diesem Bonusprogramm in Anspruch genommen wurden. <sup>4</sup>Es werden maximal die tatsächlich nachgewiesenen Kosten bezuschusst.

<sup>5</sup>Der Gesundheitsbonus kann bis spätestens 3 Monate nach Ende des Bonuszeitraums eingelöst werden. <sup>6</sup>Werden Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens 3 Monate nach Ende des Bonuszeitraums nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Gesundheitsbonus.

V.

**Zuschussleistungen:** <sup>1</sup>Versicherte, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Maßnahmen.

- **Geburtsvorbereitungskurs für Ehemann oder Partner.** Der Geburtsvorbereitungskurs muss von einer Hebamme, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist, erbracht werden.
- **Baby-Kurse.** Z. B. Pekip-Kurs, Delfi-Kurs, Babypflege-Kurs, Schwimmkurs für Babys, Babymassagekurs oder vergleichbare Baby-Kurse mit präventiven, gesundheits-bezogenen Inhalten bzw. Charakter.

<sup>2</sup>Satz 1 gilt nur, sofern die SBK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder ein anderweitiger Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. <sup>3</sup>Ausgenommen von dem Zuschuss sind gesetzliche Zuzahlungen und Leistungen die als bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen nach Absatz III für einen Bonus berücksichtigt wurden.

## § 16 c Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

I.

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers in den Handlungsfeldern nach § 20 Abs. 2 SGB V teilnehmen. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10 €/Maßnahme ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzung durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme nachgewiesen wurde. Es werden maximal 2 Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.

II.

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegeben Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung vereinbart und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind. Die SBK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus. Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

## § 16 d Strukturierte Behandlungsprogramme

Die SBK führt im Rahmen von § 137 f 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 Anlage 5 aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

### **§ 16 e Krankheitsverhütung**

<sup>1</sup> Die SBK gewährt zur Verhütung von Krankheiten über § 20 i Abs. 1 SGB V hinausgehende Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nr. 9 IfSG gegen übertragbare Krankheiten, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

<sup>2</sup> Die SBK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die SBK keine Leistungen für Schutzimpfungen.

### **§ 16 f Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

Teilnahme

I.

Den Einzeltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtung (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) können Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, für sich wählen. Die Wahl dieses Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung.

II.

Den Familientarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtung (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) können wählen:

- Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und die miteinander verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben, zusammen für sich und deren nach § 10 SGB V mitversicherten Kinder. Die Wahl dieses Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung der beiden Mitglieder.
- Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und deren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen
- und jeweils die selbst bei der SBK versicherten Kinder der am Familientarif teilnehmenden Mitglieder, bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden.

III.

Die Teilnahme an den Tarifen kann jeweils zum nächsten 1.1. bzw. 1.7. eines Jahres erklärt werden. Eine Teilnahme parallel an beiden Tarifen ist nicht möglich. Erst wenn die Teilnahmeerklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben bei der SBK vorliegt, kann der Tarif zu dem gewünschten Eintrittstermin beginnen. Frühestens beginnt der Tarif jedoch zu dem zeitlich am nächsten, dem Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden, Eintrittstermin.

IV.

In den Familientarif können während der Tariflaufzeit jederzeit weitere, bei der SBK versicherte Angehörige (vgl. II.) am Tarif teilnehmen. Diese neu hinzutretenden Angehörigen sind der SBK lediglich für den Tarif zu melden.

Leistungen

V.

Erstattet werden den Mitgliedern die für sich jeweils selbst, beim Familientarif zusätzlich die für ihre teilnehmenden Angehörigen entstandenen und nachgewiesenen Kosten für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie bei Verordnung auf querformatigen Privat Rezept durch einen Arzt und anschließendem Bezug über eine Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und -verordnungen vorzulegen. Bei jeder Auszahlung des erstattungsfähigen Betrages wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 10 % abgezogen, mindestens jedoch 3 € pro Quartal. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis. Erstattungen werden quartalsweise vorgenommen.

Erstattet werden die im jeweiligen Tarifjahr angefallenen Kosten. Die Rechnungen und Verordnungen, die in einem Tarifjahr erstattet werden sollen, müssen bis spätestens 2 Kalendermonate nach Ablauf des Tarifjahrs bei der SBK eingereicht werden. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Erstattung dieser Rechnungen/Verordnungen nicht mehr möglich.

Je abgeschlossenem Tarif ist die Leistung auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der abhängig ist vom Eintrittsalter des Mitglieds zum Zeitpunkt des Teilnahmebeginns und der Tarifart. Beim Familientarif wird auf das Alter des ältesten Mitglieds abgestellt. Nach Ablauf der Mindestbindungsfrist richtet sich der jährliche Rechnungshöchstbetrag nach dem aktuellen Alter des Mitglieds zu Beginn des Verlängerungsjahres und der Tarifart. Beim Familientarif wird auch hier wieder auf das Alter des ältesten Mitglieds abgestellt.

Auf den Höchsterstattungsbetrag des Familientarifs werden alle Erstattungen an die Teilnehmer des Familientarifs angerechnet.

Es gelten die folgenden jährlichen Rechnungshöchstbeträge:

A.) Einzeltarif

Altersklassen (Alter in Jahren)	Rechnungshöchstbetrag (in Euro)
12 – 20	= 180
21 – 30	= 180
31 – 40	= 180

---

41 – 50	= 200
51 – 60	= 200
über 60	= 200

B.) Familientarif

Altersklassen (Alter des ältesten Teilnehmers in Jahren)	Rechnungshöchstbetrag (in Euro)
12 – 20	= 360
21 – 30	= 360
31 – 40	= 360
41 – 50	= 400
51 – 60	= 400
über 60	= 400

Sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tag, an dem die Prämien zusätzlich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet werden.

Prämien

VI.

Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den folgenden Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 15. des Monats für den Monat fällig. Wird der Familientarif gewählt, so bestimmen die teilnehmenden Mitglieder in der Teilnahmeerklärung, wer von den teilnehmenden Mitgliedern die Prämie bezahlt.

In den ersten drei Jahren der Teilnahme richtet sich die Prämienhöhe nach dem Alter des Mitglieds zu Beginn der Teilnahme. Danach ist für die Bestimmung der Prämienhöhe jeweils das Alter des Mitglieds zu Beginn des jeweiligen Verlängerungsjahres maßgebend. Beim Familientarif wird jeweils auf das Alter des ältesten Mitglieds abgestellt.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie im Einzeltarif beträgt:

Altersklassen (Alter in Jahren)	monatliche Prämie (in Euro)
12 – 20	= 4,90
21 – 30	= 5,90
31 – 40	= 6,90
41 – 50	= 8,90
51 – 60	= 11,90
über 60	= 14,90

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie im Familientarif beträgt:

Altersklassen (Alter des ältesten Teilnehmers in Jahren)	monatliche Prämie (in Euro)
--	-----------------------------

---

12 – 20	= 7,90
21 – 30	= 8,90
31 – 40	= 9,90
41 – 50	= 12,90
51 – 60	= 15,90
über 60	= 19,90

#### VII.

Durch Veränderungen des Arzneimittelangebots oder durch Preisänderungen der Arzneimittel sowie durch Inanspruchnahme der Leistungen durch die Versicherten kann eine Prämienanpassung notwendig sein. Die SBK vergleicht daher jährlich die erforderlichen mit den in der Berechnungsgrundlage kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung, werden die Prämien und Leistungen überprüft und soweit erforderlich angepasst oder der Tarif mit Genehmigung des Bundesversicherungsamtes beendet.

Sofern eine Prämienanpassung erforderlich ist, teilt die SBK dies den teilnehmenden Mitgliedern, die die Prämie an die SBK bezahlen, mit. Die teilnehmenden Mitglieder, die die Prämie an die SBK bezahlen, können die Teilnahme am Tarif in diesem Fall abweichend von Absatz VII innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung ohne Einhaltung der einjährigen Bindefrist zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung schriftlich gegenüber der SBK kündigen.

#### Abrechnung/Boni

#### VIII.

Die teilnehmenden Mitglieder erhält jeweils nach Ablauf eines Jahres eine Abrechnung. Sofern die in einem Tarifjahr ausgezahlten Erstattungen 50 % unter der Jahresprämie liegen, erhält das teilnehmende Mitglied, das die Prämie an die SBK zahlt, einen Bonus (Bonus 1) in Höhe von 30 € ausgezahlt. Beim Familientarif werden dabei die Erstattungen aller Teilnehmer dieses Tarifs zusammengerechnet. Einen weiteren Bonus (Bonus 3) in Höhe von 30 € erhält das teilnehmende Mitglied, das die Prämie an die SBK zahlt, wenn der Bonus 1 für drei Tarifjahre in Folge innerhalb einer Tarifart (im Einzel- oder im Familientarif) ausgezahlt worden ist.

#### A.) Einzeltarif

Altersklassen (Alter in Jahren)	Bonus 1 bei Erstattung bis max.
12 – 20	= 29 €
21 – 30	= 35 €
31 – 40	= 41 €
41 – 50	= 53 €
51 – 60	= 71 €
über 60	= 89 €

#### B.) Familientarif

Altersklassen (Alter des ältesten Teilnehmers in Jahren)	Bonus 1 bei Erstattung bis max
--	--------------------------------

12 – 20	= 47 €
21 – 30	= 53 €
31 – 40	= 59 €
41 – 50	= 77 €
51 – 60	= 95 €
über 60	= 119 €

IX.

Einen weiteren Bonus (Bonus 2) in Höhe von 30 € erhält das teilnehmende Mitglied, das die Prämie an die SBK zahlt, wenn es im Tarifjahr zu Einspareffekten bei seinen schulmedizinischen Arzneimittelausgaben kommt, schulmedizinische Arzneimittel also durch Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen substituiert werden. Bis zu folgenden altersabhängigen Höchstgrenzen beim Verbrauch von schulmedizinischen Arzneimittel wird der Bonus ausgezahlt:

A.) Einzeltarif

Altersklassen (Alter in Jahren)	Höchstgrenze bei schulmedizinischem Arzneimittelverbrauch bis zu (in Euro)
12 – 20	= 60
21 – 30	= 70
31 – 40	= 90
41 – 50	= 120
51 – 60	= 180
über 60	= 250

B.) Familientarif

Altersklassen (Alter des ältesten Teilnehmers in Jahren)	Höchstgrenze bei schulmedizinischem Arzneimittelverbrauch bis zu (in Euro)
12 – 20	= 60
21 – 30	= 70
31 – 40	= 90
41 – 50	= 120
51 – 60	= 180
über 60	= 250

Beim Familientarif werden die Arzneimittelausgaben für schulmedizinische Arzneimittel der Tarifteilnehmer addiert. Die Höchstgrenzen gelten jeweils für drei Kalenderjahre und werden von der SBK nach Ablauf der drei Kalenderjahre regelmäßig jeweils zum 01.01. angepasst. Die neuen Höchstgrenzen werden den teilnehmenden Mitgliedern, die die Prämie an die SBK zahlen, durch die SBK bekannt gegeben.

Bindefrist/Tarifwechsel/Kündigung

X.

Die Mitglieder und - beim Familientarif- zusätzlich die teilnehmenden Angehörigen, sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme ein Jahr an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der SBK kann gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden.

XI.

Ein Wechsel zwischen den beiden Tarifarten (Einzel-/Familientarif) ist nur jeweils zum Ablauf eines Tarifjahres mit Wirkung für das neue Tarifjahr möglich. Die Regelungen für die Boni gelten jeweils immer nur innerhalb einer Tarifart. Insbesondere beim Bonus 3 können die vorangegangenen Jahre im anderen Tarif nicht angerechnet werden.

XII.

Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied, das die Prämie an die SBK zahlt, den Tarif mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt. Beim Familientarif ist die Unterschrift aller Mitglieder erforderlich. Maßgebend ist der Tag des Eingangs der Kündigung bei der SBK. Erfolgt keine Kündigung verlängert sich der Tarif jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des Verlängerungsjahres durch das bzw. die Mitglied/er erfolgt und die SBK in ihrer Satzung diesen Tarif weiterhin vorsieht. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der SBK nicht möglich.

XIII.

Die Teilnahme des Versicherten am Familientarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Familienversicherung oder beim selbst versicherten Kind, mit der Vollendung des 25. Lebensjahres.

XIV.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Die Kündigung wird wirksam zum Monatsletzten des darauf folgenden Zahlungsmonats.“

## **§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen**

<sup>1</sup>Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V wird ein Zuschuss gewährt. <sup>2</sup>Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25 Euro kalendertäglich. <sup>3</sup>Für alle anderen Versicherten beträgt der Zuschuss kalendertäglich 16 Euro, sofern die Maßnahme mindestens 21 Tage andauert.

## **§ 18 Häusliche Krankenpflege**

<sup>1</sup>Versicherte erhalten neben einer zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlichen Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für maximal zwei Stunden täglich und für maximal 26 Wochen je Krankheitsfall. <sup>2</sup>In begründeten Ausnahmefällen, d.h. wenn ein entsprechender Versorgungsbedarf festgestellt wird, kann diese Leistung auch über den Zeitraum von 26 Wochen hinaus befristet gewährt werden. <sup>3</sup>Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen



und/oder versorgen kann. <sup>4</sup>Der Anspruch nach Satz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI eintritt. <sup>5</sup>Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V.

## **§ 18 a Haushaltshilfe**

<sup>1</sup>Die SBK gewährt über die gesetzlichen Regelungen (§ 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V) hinaus Haushaltshilfe solange nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. <sup>2</sup>§ 38 Abs. 3-5 SGB V gelten.

## **§ 19 Wahltarife Krankengeld**

I.

Die SBK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

II.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

III.

Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 7, die Bestandteil dieser Satzung ist.

## **§ 20 Kostenerstattung**

I.

<sup>1</sup>Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. <sup>2</sup>Hierüber haben sie die SBK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. <sup>3</sup>Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der SBK in Anspruch genommen werden. <sup>4</sup>Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. <sup>5</sup>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). <sup>6</sup>Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. <sup>7</sup>Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. <sup>8</sup>Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

II.

Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

III.

<sup>1</sup>Vom Erstattungsbetrag werden 5 vom Hundert als Abschlag für Verwaltungskosten abgezogen, maximal € 40,-.

## **§ 20 a Weitere Kostenerstattungsregelungen zur europaweiten Inanspruchnahme von Leistungen**

I.

Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR 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.

II.

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 Aufenthaltsstaats zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

III.

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 9,5 vom Hundert, mindestens 3,50 EUR und maximal 30,00 EUR für 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 SBK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

IV.

Abweichend von Abs. I bis III einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse 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.

V.

<sup>1</sup>Im Übrigen gilt § 20 Abs. II.

<sup>2</sup>Der Versicherte kann Art und Umfang der erhaltenen Leistungen abweichend von Satz 1 i.V.m. § 20 Abs. II auch in anderer geeigneter Form nachweisen.

## **§ 20 b Kostenerstattung Arzneimittel**

I.

<sup>1</sup>Versicherte können gegen Kostenerstattung ein anderes, wirkstoffgleiches Arzneimittel erhalten, als dasjenige, für das die SBK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 geschlossen hat.<sup>2</sup>Das Arzneimittel muss mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für einen gleichen Anwendungsbereich zugelassen sein und es muss sich um ein Arzneimittel handeln, das der grundsätzlichen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt.

II.

<sup>1</sup>Es besteht ein Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die SBK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hat. <sup>2</sup>Es besteht kein Anspruch auf die Erstattung von Mehrkosten, die der SBK gegenüber einem Arzneimittel entstehen, für welches diese einen Abschlag nach § 130a Absatz 8 SGB V vereinbart hat. <sup>3</sup>Der Erstattungsbetrag wird ausgehend vom Herstellerabgabepreis, unter Berücksichtigung des in der Ausschreibung der GWQ Service Plus AG über alle ausgeschriebenen Wirkstoffe erzielten durchschnittlichen Rabattsatzes, ermittelt. <sup>4</sup>Gleichzeitig sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach § 92 Abs. 1 SGB V und § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V zu beachten, so dass kein Anspruch auf die Erstattung anderweitiger Mehrkosten, unabhängig von bestehenden Arzneimittelrabattverträgen, bei Inanspruchnahme der Mehrkostenregelung durch den Versicherten besteht.

III.

Der Versicherte hat für die Kostenerstattung die Rechnung der Apotheke im Original sowie die ärztliche Verordnung des substituierten Arzneimittels im Original bei der SBK vorzulegen.

IV.

<sup>1</sup>Die Festbetragsregelung ist bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Der Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist vom Erstattungsbetrag in Abzug zu bringen. <sup>3</sup>Die entstehenden Verwaltungskosten sind in Höhe von drei Euro vom Erstattungsbetrag in Abzug zu bringen. <sup>4</sup>Die gesetzliche Zuzahlung ist, sofern keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, vom Erstattungsbetrag in Abzug zu bringen.

V.

Abzüge in Form von gesetzlichen Herstellerabschlägen nach § 130a Abs. 1 SGB V und § 130a Abs. 3b SGB V werden bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages nicht mindernd berücksichtigt.

### **§ 20 c Verträge mit europäischen Leistungserbringern**

I.

Die SBK darf zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels SGB V und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V in Staaten abschließen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.

II.

Die SBK informiert ihre Versicherten, an welchen Orten und mit welchen Leistungserbringern Verträge geschlossen wurden.

III.

Sofern eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist, kann die SBK Verträge auch mit Leistungserbringern im Ausland abschließen.

### **§ 20 d Teilkostenerstattung für DO-Angestellte**

I.

<sup>1</sup>Auf Antrag des Berechtigten nach § 14 SGB V tritt an die Stelle der nach dem Sozialgesetzbuch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. <sup>2</sup>Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der SBK bei Gewährung von Sachleistungen entstanden wären. <sup>3</sup>Erstattet wird davon der Prozentsatz, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.

II.

<sup>1</sup>Der Antrag auf Teilkostenerstattung ist schriftlich einzureichen. <sup>2</sup>Die Entscheidung wirkt für die Dauer von zwei Jahren ab Eingang des Antrages bei der SBK. <sup>3</sup>Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

## **§ 21 Private Zusatzversicherungsverträge**

<sup>1</sup>Die SBK vermittelt den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen. <sup>2</sup>Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus und der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein. <sup>3</sup>Die Weitergabe von Sozialdaten an private Versicherungsunternehmen ist unzulässig.

## **§ 22 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V**

### **§ 22 a Osteopathie**

I.

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. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

II.

Die SBK erstattet die Kosten für max. 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Der maximale Erstattungsbetrag pro Behandlung beträgt 30 Euro. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnung sowie ggf. der ärztlichen Bescheinigung.

### **§ 22 b Sportmedizinische Untersuchung und Beratung**

I.

<sup>1</sup>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, ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde. <sup>2</sup> Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, die Erhebung von vertraglich mit der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention definierten Blutparametern, ein Lungenfunktionstest und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. <sup>3</sup>Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention zertifizierte Ärzte, nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen oder von universitären sportmedizinischen Einrichtungen erbracht wird.

II.

1Die SBK erstattet 90 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 65 Euro pro Behandlung nach Abs. I Satz 1 und nicht mehr als 140 Euro pro Behandlung nach Abs. I Sätze 1 und 2 zusammen. 2Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. 3Eine 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.

### **§ 22 c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung**

I.

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 SBK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

II.

Die SBK 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.

III.

Die SBK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.

IV.

Für die veranlassten Leistungen sind zur Erstattung die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SBK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

### **§ 22 d Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung**

I.

Die SBK 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 SBK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die SBK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

II.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

III.

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

## **§ 22 e Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Onkologie**

Die SBK gewährt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen nach den folgenden Regelungen:

I.

Der Anspruch setzt voraus, dass die SBK mit den nicht zugelassenen Leistungserbringern oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Leistung einschließt.

Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über ein Fachforum (Tumorboard). Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der SBK unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt.

Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der SBK und den nicht zugelassenen Leistungserbringern oder dem beauftragten Dritten. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden. Die SBK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zu jeder Zeit eine fachübergreifende Interdisziplinarität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen: Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie und Radiologie sowie den je nach Einzelfall ( ICD-Codierung) zuständigen Fachärzten belegen.

II.

Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code C00-C97-Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), weibliche Genitalorgane, männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisation, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

### III.

Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens gegenüber der SBK. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme gegenüber der SBK zu widerrufen.

### IV.

Alle Versicherten der SBK können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der SBK krankenversichert sind und eine der unter Absatz II genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

### V.

Die SBK leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BStDFG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen.

Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften des Schutzes der Berufsschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.

## **§ 22 f Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Orthopädie**

Die SBK gewährt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung zur Erforderlichkeit ärztlich indizierter Operationen bei orthopädischen Indikationen nach den folgenden Regelungen:

### I.



Der Anspruch setzt voraus, dass die SBK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Leistung einschließt.

Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über den nicht zugelassenen Leistungserbringer. Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der SBK unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt. Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der SBK und dem nicht zugelassenen Leistungserbringer oder dem beauftragten Dritten.

Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden.

Die SBK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und diese, sowie insbesondere die folgenden Qualitätssicherungsmerkmale gegenüber der SBK nachweisen:

-Qualifikation zum Facharzt für (Neuro-) Chirurgie und /oder Orthopädie  
- langjährige Berufserfahrung im orthopädischen Bereich

- aktive Mitgliedschaft in einer anerkannten Gesellschaft dieses Fachgebietes

und eine qualitätsgesicherte, auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Erkenntnisse basierende Leistungserbringung garantiert.

## II.

Der Anspruch auf Zweitmeinung setzt eine Indikation zu einer orthopädischen Operation an der Wirbelsäule und/oder am Rücken voraus. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender orthopädischer Erkrankungen: ICD Code M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, wie Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (Diagnosen M40-M43 nach ICD), Spondylopathien (Diagnosen M45-M49 nach ICD), sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (Diagnosen M50-M54 nach ICD).

## III.

Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens gegenüber der SBK. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme gegenüber der SBK zu widerrufen.

## IV.

Alle Versicherten der SBK können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der SBK krankenversichert sind und von ihrem Arzt eine Indikation zur Operation aufgrund der in Absatz II genannten Diagnosen erhalten haben. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

V.

Die SBK leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSFG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen.

Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.

## **§ 22 g Rufbereitschaft Hebammen**

I.

<sup>1</sup>Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die SBK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 37. Schwangerschaftswoche entstehen. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. <sup>3</sup>Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

II.

<sup>1</sup>Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstanden Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. <sup>2</sup>Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. <sup>3</sup>Zur Erstattung ist der SBK die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

III.

Der Anspruch auf Leistungen nach Absatz II besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 01.07.2013 geendet hat.

## **§ 22 h Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge**

I.

<sup>1</sup>Die SBK erstattet ihren Versicherten über die gesetzlichen und vertraglichen Leistungen hinaus im Einzelfall die Kosten für folgende ärztliche oder ärztlich veranlassten Leistungen zur medizinischen Vorsorge (inklusive ggf. anfallender Laborleistungen), sofern damit einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegengewirkt werden kann und Risikofaktoren bestehen:

- **Toxoplasmosetest** (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen)
- **Nackentransparenzmessung** (für Schwangere bei denen im Rahmen von Ultraschalluntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien festgestellte Auffälligkeiten hinsichtlich der körperlichen Integrität des Kindes oder erhöhtes Gefährdungspotenzial für Anomalien aufgrund vorbestehender Schwangerschaften oder im Rahmen der Untersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien festgestellten Risikofaktoren der Mutter)
- **Zytomegalie-Test** (CMV-Antikörper-Test) (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr)
- **B-Streptokokken-Test** (um eine bakterielle Besiedelung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern)
- Feststellung von Antikörpern gegen **Windpocken** (für Schwangere, die einer besondere Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, beispielsweise Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen)
- Feststellung von Antikörpern gegen **Ringelröteln** (für Schwangere, die einer besondere Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, beispielsweise Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen)

<sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Ärzte erbracht bzw. veranlasst werden.

II.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von maximal 100 € je Kind nach Vorlage der Originalrechnung der gynäkologischen Praxis bzw. des Labors.

## §22 i Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsystem

I.

Versicherte haben Anspruch auf die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem. Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.

II.

Alle nachfolgend genannten Voraussetzungen müssen für den Anspruch erfüllt sein:

- a.) Für Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, erfolgt bereits eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie.
- b.) Die zwischen Ärztin oder Arzt und Versicherter oder Versicherter festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung können auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der oder des Versicherten nicht erreicht werden.
- c.) Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnete Ärzte in diesem Sinne sind: Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin

jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".

- d.) Die Versicherten sind vor der Anwendung in den sicheren Gebrauch des Flash-Glukose-Messsystems geschult.
- e.) Die SBK hat der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
- f.) Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder –beziehbaren Daten der Versicherten möglich.

### III.

Die SBK informiert die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung.

## § 22 j Hautkrebsscreening

<sup>1</sup>Die SBK beteiligt sich über die gesetzlichen Ansprüche von § 23 SGB V sowie vertragliche Ansprüche hinaus im Einzelfall an den Kosten für Hautscreening für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z.B. auffällige Muttermale oder erbliche Veranlagung oder dergleichen) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

<sup>3</sup>Zur Untersuchung gehören:

- Gezielte Anamnese
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (sichtbare Schleimhaut) (Gesamthautuntersuchung),
- Visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie
- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung
- Vollständige Dokumentation.

<sup>4</sup>Die Leistung darf ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht werden.

<sup>5</sup>Der Zuschuss beträgt 25 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. <sup>6</sup>Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal jährlich.

## § 23 Auskünfte über Abrechnungsdaten

<sup>1</sup>Die SBK erteilt dem Versicherten auf Antrag einmal jährlich jeweils für abgeschlossene Quartale Auskunft nach § 305 SGB V über die Art und die Kosten der gewährten Leistungen.

<sup>2</sup>Ausgenommen sind solche Leistungen, über die der Versicherte auf andere Weise Kenntnis erhält. <sup>3</sup>Ein Anspruch auf die Mitteilung der Diagnose besteht in diesem Zusammenhang nicht. <sup>4</sup>Der Versicherte hat in dem Antrag die in Anspruch genommenen Leistungserbringer anzugeben.

## **§ 24 Aufsicht**

Die Aufsicht über die SBK führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

## **§ 25 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die SBK gehört dem BKK Landesverband Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

## **§ 26 Bekanntmachungen; öffentliche Zustellung**

I.

Die Bekanntmachungen der SBK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter [www.sbk.org](http://www.sbk.org), sowie nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in den Geschäftsstellen. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

II.

<sup>1</sup>Die öffentliche Zustellung nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in der SBK Zentrale und in den Regionen. <sup>2</sup>Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt zwei Wochen. <sup>3</sup>Auf der Anordnung sind der Tag des Anheftens, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

III

<sup>1</sup>Die SBK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. <sup>2</sup>Zudem liegen diese Angaben zur Einsicht in den Geschäftsstellen der SBK. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

## **§ 27 Modellvorhaben (leer)**

## **§ 28 Ausgleichsverfahren**

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der

Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)  
richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 4 dieser Satzung.

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Die Verwaltungsräte der Betriebskrankenkasse neue bkk und der Siemens-Betriebskrankenkasse haben diese Satzung am 22. Oktober 2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

Augsburg, 22. Oktober 2009

Augsburg, 22. Oktober 2009

Walter Huber  
Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der Siemens-Betriebskrankenkasse

Elke Schweig  
Vorsitzende des Verwaltungsrates  
der Betriebskrankenkasse neue bkk

Klaus Hoppe  
stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der Siemens-Betriebskrankenkasse

Andreas Strobel  
stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der Betriebskrankenkasse neue bkk

### Genehmigung der Satzung

Das Bundesversicherungsamt hat durch Bescheid vom 15. Dezember 2009 – Az.: II3 – 59200.0 - 2223/2009 die Satzung mit folgenden Ausnahmen genehmigt:

„Die durch Beschluss der Verwaltungsräte vom 22. Oktober 2009 neu gefasste Satzung wird mit Ausnahme

- von Artikel I § 16c Satz 2
- von Artikel I § 19

und

- insoweit Artikel II

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V und § 41 Absatz 4 des Sozialgesetzbuches IV jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.“

Mit Schreiben vom 29.04.2010 –AZ.: II3-59200.0-2223/2009 wurde Artikel I § 16c Satz 2 und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

## Satzungsnachträge

Folgende Nachträge zur Satzung der Siemens-Betriebskrankenkasse vom 1. Juli 2009 wurden genehmigt:

Nachtrag Nr.	Datum des Beschlusses des Verwaltungsrates	Datum und Aktenzeichen der Genehmigung durch das BVA
1	9.12.2009 (neue bkk)	13.01.2010 – II3 – 59200.0-2223/2009
1	18.12.2009 (SBK)	13.01.2010 – II3 – 59200.0-2223/2009 <sup>2</sup>
2	03.02.2010	01.03.2010 – II3 – 59200.0-2223/2009
3	18.03.2010	30.03.2010 – II3 - 59200.0-2223/2009
4	01.07.2010	13.07.2010 – I2 – 59200.0-2202/2009
5	09.12.2010	27.12.2010 - II3 – 59200.0-2223/2009
6	09.12.2010	27.12.2010 - II3 – 59200.0-2223/2009
7	09.12.2010	27.12.2010 - II3 – 59200.0-2223/2009
8	09.12.2010	27.12.2010 - II3 – 59200.0-2223/2009
9	03.03.2011	24.03.2011 - II3 – 59200.0-2223/2009
10	13.12.2011	22.12.2011 - II3 - 59200.0-2223/2009 <sup>3</sup>
11	08.07.2011	05.08.2011 - I2 – 59200.0-2202/2009
12	13.12.2011	12.01.2012 - II3 - 59200.0-2223/2009 <sup>4</sup>

<sup>2</sup> Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit Ausnahme  
- von Absatz 15 Satz 3 von Artikel I Nr. 6 zur Anlage 7 zu § 19 der Satzung  
und  
- insoweit Artikel II  
sowie mit folgender Maßgabe gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV  
genehmigt:

- bei Artikel I Nr. 5 c) wird im Änderungsbefehl „§ 1“ durch „§ 2“ ersetzt;
- Artikel II wird um folgenden Satz 2 ergänzt: „Abweichend tritt Artikel I Nr. 3 am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.“

<sup>3</sup> Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit Ausnahme

- Von Artikel I Nr. 1 c Satz 3 und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

<sup>4</sup> Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit folgender Maßgabe gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt: bei Artikel II wird die Angabe „zum 01.01.2012“ durch „am Tag nach der Bekanntmachung“ ersetzt.



13	13.12.2011	22.12.2011 - II3 - 59200.0-2223/2009
14	08.03.2012	04.04.2012 – II3 – 59200.0-2223/2009
15	21.06.2012	02.08.2012 – II3 – 59200.0-2223/2009
16	13.12.2012	28.12.2012 – II3 – 59200.0-2223/2009 <sup>5</sup>
17	07.03.2013	11.04.2013 – II3 – 59200.0-2223/2009
18	13.12.2012	18.01.2012 – I2-59200.0-2202/2009
19	13.06.2013	01.07.2013 – II3 – 59200.0-2223/2009
20	13.06.2013	04.07.2013 – II3 – 59200.0-2223/2009
21	12.12.2013	20.12.2013– II3 – 59200.0-2223/2009
22	12.12.2013	18.12.2013– II3 – 59200.0-2223/2009
23	03.07.2014	29.08.2014 - 213-59200.0-2223/2009
24	03.07.2014	29.08.2014 - 213-59200.0-2223/2009
25	24.10.2014	24.11.2014 – 213-59200.0-2223/2009
26	24.10.2014	24.11.2014 – 213-59200.0-2223/2009
27	19.03.2015	21.04.2015 – 213-59200.0-2223/2009
28	03.07.2015	10.08.2015 - 213-59200.0-2223/2009
29	04.12.2015	10.12.2015 - 213-59200.0-2223/2009
30	04.12.2015	18.12.2015 – 213-59200.0-2223/2009 <sup>6</sup>
31	04.12.2015	10.12.2015 – 213-59200.0-2223/2009
32	04.12.2015	22.01.2016 – 112-59200.0-2202/2009
33	06.07.2016	27.07.2016 – 213-59200.0-2223/2009
34	09.12.2016	22.12.2016 - 213-59200.0-2223/2009
35	14.03.2017	11.04.2017 – 211-59200.0-2202/2009

---

<sup>5</sup> Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit Ausnahme von Artikel I § 16e (Bonusprogramm Ausland) und insoweit Artikel II (Inkrafttreten) gemäß § 195 Abs. 1 SGB V iVm § 90 Abs. 1 SGB IV genehmigt.

<sup>6</sup> Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag gemäß § 195 Abs. 1 SGB V iVm § 90 Abs. 1 SGB IV mit der Maßgabe genehmigt, dass die Änderung des § 26 Abs. I am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft tritt.

36	19.07.2017	29.09.2017	213-59200.0-2223/2009 <sup>7</sup>
37	06.12.2017	21.12.2017	231-59200.0-2223/2009

---

<sup>7</sup> Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag gemäß gemäß § 195 Abs. 1 SGB V mit der Maßgabe genehmigt, dass den Maßgaben, dass in Artikel I Nr. 3.)§ 16a ( Bonusprogramm) Abs. IV. Satz 6 nach dem Wort „gilt“ der folgende Text eingefügt wird: „-Es können maximal 6 Gesundheitsmaßnahmen bonifiziert werden. Voraussetzung für die Bonifizierung ist, dass mindestens 2 Leistungen durch den Teilnehmer nachgewiesen werden. Jede Maßnahme kann maximal einmal pro Kalenderjahr bonifiziert werden. – Können bonifizierbare Maßnahmen in unterschiedlichen Bonusprogrammen der SBK bonifiziert werden so werden diese jeweils nur in einem Bonusprogramm aberkannt. In diesem Fall wählt der Versicherte, für welches Bonusprogramm er die Maßnahmen bonifiziert haben möchte. –Der Bonus beträgt 10 € je Maßnahme“, Artikel II (Inkrafttreten) hinsichtlich Artikel I Nr. 1.) am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft tritt.

## **Anlage 1**

zu § 1 Absatz II Satz 1 der Satzung

<sup>1</sup>Der Bereich der SBK erstreckt sich nach Artikel I § 1 Absatz II der Satzung auf alle im Bundesgebiet gelegenen Betriebe folgender Gesellschaften:

Siemens Aktiengesellschaft, Berlin und München

ACT Advanced Circuit Testing, Gesellschaft für Testsystementwicklung mbH, München

Advanced Nuclear Fuels GmbH, Lingen (Werke Karlstein und Duisburg)

AIRSYS Gesellschaft für Air Traffic Management Systeme mbH, München

ALTEC Augsburger Leiterplattentechnologie GmbH & Co. KG, Augsburg

Wilhelm Balzer GmbH, Gemünden (Wohra)

Benteler AG, Paderborn-Schloss Neuhaus

Benteler Stahl/Rohr GmbH, Paderborn

Benteler Automobiltechnik GmbH & Co. KG, Paderborn

Benteler Maschinenbau GmbH & Co. KG, Bielefeld

BerlinDat Gesellschaft für Informationsverarbeitung und Systemtechnik mbH, Berlin

Bezirk Oberbayern, München

BRUKER AXS Analytical X-ray Systems GmbH, Karlsruhe

BSH Bosch und Siemens Hausgeräte GmbH, München\*

BSH Hausgerätewerk Nauen GmbH, Nauen

CARDIS Car Dealer Information Systems Aktiengesellschaft, Murnau

Cesiwid Elektrowärme GmbH, Erlangen

Chall-Transporte, Rudolstadt

---

Beachte jedoch die Ausnahme in Satz 2.

COPILLOT Verkehrsleit- und Verkehrsinformationsdienste GmbH & CO. KG, Unterhaching

COPILLOT Verkehrsleit- und Verkehrsinformationsdienste Verwaltungsgesellschaft mbH, Unterhaching

Deutsche Grammophon Gesellschaft mbH, Hamburg

DITEC Informationstechnologie GmbH & Co. KG, Villingen-Schwenningen

EBK Krüger GmbH, Teltow

EPCOS AG, München

EPOS embedded core & power systems GmbH & Co. KG, Duisburg

Epoxonic GmbH Reaktionsharzsysteme, Neuried bei München

ept Guglhör Augsburg GmbH & Co, Augsburg

ESS - Erlanger Sicherheits-Service GmbH, Erlangen

eupec – Europäische Gesellschaft für Leistungshalbleiter mbH + Co. KG, Warstein-Belecke

EWT Communications GmbH, Augsburg

EZH Elektronik Zentrum Hersfeld GmbH, Bad Hersfeld

FBG-Freileitungsbau GmbH, Walsrode

Fertigungscenter für Elektrische Anlagen Erlangen GmbH, Erlangen

Forest Gesellschaft für Products & Service mbH in Villingen-Schwenningen

Freitronics Wafer GmbH & Co. KG, Freiberg

Freitronics Wafer Verwaltungsgesellschaft mbH, Freiberg

Gedec Blechverarbeitung GmbH & Co. Gehäuse- und Musterbau, Augsburg

ght GmbH Elektronik im Verkehr, Nürnberg

Gleichauf GmbH, Villingen-Schwenningen

GVD Leasing GmbH, München

HAGU Kabeltechnik GmbH, Schwerin

Hausgeräte Service Nauen GmbH, Nauen

Hectronic GmbH, Bonndorf

Heidelberger Druckmaschinen AG, Heidelberg, Werk Kiel „Heidelberg Prepress“

Heimann Optoelectronics GmbH, Wiesbaden

Heimann Systems GmbH, Wiesbaden

HIGHVOLT Prüftechnik Dresden GmbH, Dresden

Hoedtke Kiel GmbH & Co. KG, Blech- und Lasertechnik, Kiel

HTW Hochtemperatur-Werkstoffe GmbH, Thierhaupten

*i-center* Elektrogroßhandel GmbH & Co., Nürnberg

ICN International Communication Networks GmbH, Cadolzburg

Inkjet Systems GmbH & Co. KG, Berlin

Inkjet Systems Verwaltungsgesellschaft mbH, Berlin

ISGI (Integrierte Systeme Grafische Industrie GmbH & Co. KG),  
Eschborn bei Frankfurt

IWS Industrierwerkschutz GmbH, Aschaffenburg (Betrieb Siemens Hanau)

JENOPTIK Laserdiode GmbH, Jena

Karussell Musik & Video GmbH, Hamburg

Kienzle ARGO, Vertriebsges. MbH, Berlin

KMK Kunststoff Metall und Komponenten GmbH & Co KG, Karlsruhe

KORDOBA Gesellschaft für Bankensoftware mbH & Co. KG, München

Krone Kommunikationstechnik GmbH, Bad Hersfeld

Leitungsbau Nord GmbH, Rendswühren

Leitungsbau Rositz GmbH, Rositz

Mannesmann VDO AG, Villingen-Schwenningen

Manutec Gesellschaft für Automatisierungs- und Handhabungssysteme mbH,  
Fürth-Bislohe

Masterguard Stromversorgungssysteme GmbH & Co. KG, Erlangen

Mechanik Center Erlangen GmbH, Erlangen

Meder Zerspanungstechnik GmbH, Villingen-Schwenningen

MERCURY RECORDS GMBH, Hamburg

Metalor Contacts Deutschland GmbH, Redwitz

METRONOME MUSIK GmbH, Hamburg

MicroQuartz Gesellschaft für Quarzglaskomponenten mbH, München

Motor Music GmbH, Hamburg

NKS - Netzwerkkommunikations Systeme GmbH, Cadolzburg

NORTON Hochtemperaturkeramik GmbH, Bexbach/Saar (Werk Erlangen)

Oce Printing Systems GmbH, Poing

OSRAM GmbH, Berlin und München

OSRAM-Grundstücksverwaltung GmbH & Co. OHG, München

OSRAM LIGHT CONSULTING GmbH, München

PCS PC-Systeme Entwicklungs- und Produktions-GmbH & Co. KG, München

Polydor GmbH, Hamburg

Polygram Film Entertainment GmbH, Hamburg

Polygram GmbH, Hamburg

Polygram Manufacturing and Distribution Centres GmbH (PMDC), Langenhagen

POLYGRAM SONGS Musikverlag GmbH, Hamburg

Publicis MCD Werbeagentur GmbH, München

Radium Lampenwerk GmbH, Wipperfürth

Radium Lampenwerk GmbH & Co. OHG, Wipperfürth

Reinhardt, Jörg Christian - Versorgung mit Medien (technische Gase)  
und Heizbetrieb, Rudolstadt

RELECTRONIC - REMECH Wiederherstellung technischer Systeme GmbH, Ismaning

RISICOM Rückversicherung Aktiengesellschaft, Grünwald

RXS Kabelgarnituren GmbH, Hagen

Schneider SB-Läden GmbH, Abensberg

SDRC Software- und Service GmbH, Neu-Isenburg

SEMICONDUCTOR300 GmbH & Co. KG, Dresden

SGL CARBON AG, Wiesbaden (in Meitingen)

SGL Technik GmbH, Meitingen

SIAT Bauplanung und Ingenieurleistungen GmbH & Co. OHG, München

SICAD Geographic Information Systems GmbH & Co. OHG, München

SIDoc Informatics GmbH, München

SIECOR Fertigungsgesellschaft für Lichtwellenleiter mbH & Co. KG, Neustadt/Coburg

Siemens-Altersfürsorge GmbH, Berlin

Siemens Audiologische Technik GmbH, Erlangen

Siemens Business Services Management GmbH, München

Siemens Duewag Schienenfahrzeuge GmbH, Bereich Verkehrstechnik Fernverkehr,  
Krefeld-Uerdingen

Siemens Engineering und Anlagenerrichtung Rostock GmbH, Rostock

Siemens Finanzierungsgesellschaft für Informationstechnik mbH, München

Siemens Gebäudemanagement und Services GmbH & Co. OHG, Erlangen

Siemens Gebäudesicherheit GmbH & Co. oHG

Siemens Gebäudetechnik GmbH & Co. oHG, Erlangen

Siemens Gebäudetechnik Bayern GmbH & Co. oHG, München

Siemens Gebäudetechnik Nord GmbH & Co. oHG, Hamburg

Siemens Gebäudetechnik Ost GmbH & Co. oHG, Berlin

Siemens Gebäudetechnik Rhein/Main GmbH & Co. oHG, Frankfurt am Main

Siemens Gebäudetechnik Südwest GmbH & Co. oHG, Stuttgart

Siemens Gebäudetechnik West GmbH & Co. oHG, Düsseldorf

Siemens Health Services GmbH & Co. KG, Erlangen

Siemens Immobilien Management GmbH & Co. OHG, München

Siemens Kapitalanlagegesellschaft mbH, München

Siemens Microelectronics Center GmbH & Co. OHG, Dresden

Siemens NDT Non-Destructive Testing GmbH & Co. KG, Erlangen

Siemens Nixdorf Business Services GmbH & Co. OHG, München

Siemens Nixdorf Informationssysteme Aktiengesellschaft, Paderborn

Siemens Nuclear Power GmbH, Erlangen

Siemens Project Ventures GmbH, Erlangen

Siemens Solar GmbH, München

Siemens Telekommunikations Service GmbH & Co. OHG, München

Siemensstadt-Grundstücksverwaltung GmbH & Co. OHG, Berlin

Siemens-Wohnungsgesellschaft mbH, München

SIFRAME Software Technologies GmbH, München

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, München

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH Nord, Hamburg

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, Berlin

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, Düsseldorf

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, Frankfurt

SIRONA Dental Systems GmbH & Co. KG, Bensheim

Siteco Beleuchtungstechnik GmbH, Traunreut

Siteco Holding GmbH, Traunreut

SRI Radio Systems GmbH, Durach

Stiftung „Siemens Technik Akademie“, München

St. Jude Medical GmbH, Neuss

SVBH Systemverteilerbau Hannover GmbH, Hannover

Technopark Augsburg Verwaltungsgesellschaft mbH, Augsburg

TELA Beteiligungsgesellschaft mbH, München

TELA Versicherung Aktiengesellschaft, München

Telektronix Berlin GmbH, Berlin

TELEPRO Gesellschaft für Datenverarbeitungsprodukte mbH & Co. KG,  
Markt Erlbach

TESCON Beratungsgesellschaft für betriebliche Sicherheit mbH, Ismaning

Transrapid International GmbH & Co. KG

TSP Gesellschaft für Teleprocessing Systems & Products mbH, Cadolzburg



Turbine Airfoil Coating and Repair GmbH, Berlin

Universal Holding GmbH, Hamburg

Vacuumschmelze GmbH, Hanau (in Schrobenhausen und Speyer)

Valeo Klimasysteme GmbH, Rodach

VCB Venture Capital Beteiligungsgesellschaft mbH, München

VDO Kienzle Vertrieb und Service GmbH, Villingen-Schwenningen

Voigt & Haeffner KG, Frankfurt am Main

VVK Versicherungsvermittlungs- und Verkehrskontor Gesellschaft mit beschränkter Haftung,  
München

WARIS Waste and Recycling Information Service GmbH, München

WohnRef GmbH - Vermittlung und Verwaltung von Immobilien, Wolnzach

Xerox Reprographische Services GmbH, München

<sup>2</sup> Ausgenommen sind folgende Betriebe der BSH Bosch und Siemens Hausgeräte GmbH:

Hausgerätekwerke Giengen und Dillingen

## **Anlage 1 a**

zu § 1 Absatz II Satz 1 der Satzung

<sup>1</sup>Der Bereich der SBK erstreckt sich nach Artikel I § 1 Absatz II der Satzung  
auch auf alle im Bundesgebiet gelegenen Betriebe folgender Gesellschaften:

1. Voith AG, Heidenheim
2. Voith Assekuranz Vermittlung GmbH, Heidenheim
3. Voith Dienstleistungen GmbH, Heidenheim
4. Voith IT Solutions GmbH, Heidenheim

5. Voith Duria GmbH & Co. KG, Heidenheim
6. Voith Howden GmbH, Heidenheim
7. Voith Gastro GmbH & Co. KG, Heidenheim
8. Voith Industrieverwaltung GmbH, Heidenheim
9. Voith Turbo Marine GmbH & Co. KG, Heidenheim
10. Voith Siemens Hydro Kraftwerkstechnik GmbH & Co. KG, Heidenheim
11. Voith Siemens Hydro Power Generation GmbH & Co. KG, Heidenheim
12. Voith Paper GmbH & Co. KG, Heidenheim
13. Voith Paper Holding GmbH & Co. KG, Heidenheim
14. Voith Paper Automation GmbH & Co. KG, Heidenheim
15. Voith Paper Service GmbH & Co. KG, Heidenheim mit Betriebsstätten Düren und Ravensburg
16. Voith Paper GmbH & Co. KG, Ravensburg mit Betriebsstätte Düren
17. Voith Paper Fiber Systems GmbH & Co. KG, Ravensburg
18. Voith Paper Karton- und Verpackungspapiere Forschungs GmbH, Ravensburg und Lindau
19. Voith Paper GmbH, Krefeld
20. Voith Fabrics GmbH & Co. KG, Pfullingen
21. Voith Turbo GmbH & Co. KG, Heidenheim mit Betriebsstätten Crailsheim, Essen und München
22. Von Roll Voith Guß GmbH, Heidenheim
23. GIP Gebäudetechnik, Industrieplanung und Projektmanagement GmbH, Heidenheim
24. PWT Prüf- und Werkstofftechnik GmbH, Heidenheim
25. Schlüchter Druck GmbH, Heidenheim
26. Axima Refrigeration GmbH, Lindau
27. VA TECH Escher-Wyss GmbH, Ravensburg
28. VA TECH WABAG, Fließbettsysteme GmbH, Ravensburg
29. Sulzer International Deutschland GmbH, Ravensburg
30. Sulzer Turbo GmbH, Ravensburg

31. Kleinewefers Beteiligungs GmbH, Krefeld
32. Eisen- und Drahtwerk Erlau AG, Aalen
33. C. F. Ploucquet GmbH & Co., Heidenheim
34. Liegelind GmbH & Co., Herbrechtingen
35. Tempex GmbH Schutzausrüstungen, Heidenheim
36. Ploucquet Energie GmbH & Co. KG, Heidenheim
37. SUSA-Werke Hörmann GmbH & Co., Heubach
38. SUSA-Vertriebs-GmbH & Co., Heubach
39. Walther Electronic-Systeme GmbH, Gerstetten
40. Maschinenfabrik Alfing Keßler GmbH, Aalen
41. Alfing Keßler Sondermaschinen GmbH, Aalen
42. PAUL HARTMANN AG, Heidenheim, mit Betriebsstätten in Achern, Brück, Düren,  
Hannover, Herbrechtingen,  
Köln, Niedernhausen, Recklinghausen und Wermelskirchen
43. TRIUMPH INTERNATIONAL AG mit den Betriebsstätten in Aalen, Ellwangen, Heu-  
bach, München und Nördlingen
44. INTER-TRIUMPH MARKETING GmbH mit den Betriebsstätten in Aalen, Heubach und  
München
45. TRIUMPH INTERNATIONAL Holding GmbH mit den Betriebsstätten in Heubach und  
München
46. Euro-Triumph GmbH, München
47. Triumph International Spießhofer & Braun, Heubach, mit den Betriebsstätten Aalen,  
Ellwangen, Heubach,  
München und Nördlingen
48. TIA Unternehmensberatungs GmbH, München
49. JUNGHANS Uhren GmbH, Schramberg
50. JUNGHANS Feinwerktechnik GmbH & Co. KG, Schramberg und Dunningen-Seedorf
51. Sundwiger Messingwerk GmbH & Co. KG, Hemer
52. Sundwiger Eisenhütte, Maschinenfabrik GmbH & Co., Hemer
53. Iveco Magirus AG, Ulm

54. Iveco Magirus Brandschutztechnik GmbH, Ulm
55. Iveco Nord Nutzfahrzeuge GmbH, Hamburg
56. Iveco Nutzfahrzeuge GmbH Hannover-Braunschweig, Hannover
57. Iveco Nordbayern Nutzfahrzeuge GmbH, Nürnberg
58. Iveco Nutzfahrzeuge GmbH Berlin-Brandenburg, Berlin
59. Iveco Süd-West Nutzfahrzeuge GmbH, Mannheim und Kaiserslautern
60. Iveco Truck-Center Süd GmbH, Stuttgart
61. Iveco Rhein-Ruhr Nutzfahrzeuge GmbH, Düsseldorf
62. Iveco Rhein-Sieg Nutzfahrzeuge GmbH, Köln
63. Iveco Nutzfahrzeuge Nord-West GmbH, Dortmund
64. Iveco LKW-Zentrum Sachsen GmbH, Dresden
65. Deere & Company, European Office, 68163 Mannheim
66. John Deere Werke Mannheim  
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Mannheim
67. John Deere Vertrieb Deutschland  
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Mannheim
68. John Deere International GmbH, 68163 Mannheim
69. John Deere Werke Bruchsal  
Zweigniederlassung der Deere & Company, 76646 Bruchsal
70. John Deere Werke Zweibrücken  
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Zweibrücken
71. John Deere European Parts Distribution Center  
Zweigniederlassung der Deere & Company, 76646 Bruchsal
72. John Deere Advertising Agency  
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Mannheim
73. John Deere Capital Services GmbH, 68163 Mannheim
74. EURAG Holding – Aktiengesellschaft, 68163 Mannheim

75. Joseph Vögele AG, 68146 Mannheim

76. Joseph Vögele AG, Zweigwerk Hockenheim

77. SCA Hygiene-Paper GmbH, 68305 Mannheim

78. SCA Packaging Mannheim, 68219 Mannheim

79. SCA Packaging Polkenberg GmbH, 04703 Polkenberg

80. SCA Hygiene Products GmbH, 55246 Mainz – Kostheim

81. VAG Armaturen GmbH, Mannheim, Carl-Reuther-Str. 1, 68305 Mannheim

82. Bopp & Reuther Messtechnik GmbH, Carl-Reuther-Str. 1, 68305 Mannheim

Einschließlich der Außenstellen Hamburg, Hannover, Essen und Ingolstadt

83. Sicherheits- und Regelarmaturen GmbH, Carl-Reuther-Str. 1, 68305 Mannheim

Einschließlich der Außenstellen Essen, München, Magdeburg, Bandshagen und Rellingen

84. Elster Messtechnik GmbH, Lampertheim

Otto-Han-Str. 25, 68623 Lampertheim

Einschließlich der Außenstelle Hude

85. FRIATEC Aktiengesellschaft, Steinzeugstr. 50, 68229 Mannheim

86. Grosskraftwerk Mannheim AG, 68199 Mannheim

87. HeidelbergCement AG, 69120 Heidelberg

## **Anlage 2 zu § 3 Abs. IX der Satzung**

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates  
der SBK gem. §§ 40, 41 Abs. 1, 3 SGB IV

### **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.<sup>8</sup>

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 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,

---

<sup>8</sup> Tagesgeld nach § 6 BRKG i. V. m. § 4 Abs. 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 Einkommenssteuergesetz:  
Bei 24stündiger Abwesenheit wird ein Pauschbetrag von 24,00 EUR gezahlt; bei weniger als 24 Stunden, aber mindestens 14stündiger Abwesenheit, ein Pauschbetrag von 12,00 EUR; bei weniger als 14 Stunden, aber mindestens 8stündiger Abwesenheit ein Pauschbetrag von 6,00 EUR. Bei unter 8stündiger Abwesenheit wird kein Tagesgeld gezahlt.  
Übernachtungsgeld nach § 7 Abs. 1 BRKG = 20 EUR.

- c) bei Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.<sup>9</sup>
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

Fahrkarten und Flugscheine sollten möglichst über die von der SBK empfohlene Stelle beschafft werden.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von € 65,00.

3. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

**II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats**

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 77,00 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen mit Ausnahme von Reisekosten werden durch einen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten. Der Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen.

Der Pauschbetrag beträgt für den Vorsitzenden und für den stellvertretenden Vorsitzenden monatlich € 62,00.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

---

<sup>9</sup> 0,30 EUR für jeden gefahrenen Kilometer.

**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 Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.



**Anlage 3 zu § 27 der Satzung (leer)**

**Modellvorhaben**

## **Anlage 4 zu § 28 – Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1/U 2)**

### **§ 1 Anwendbare Vorschriften**

<sup>1</sup>Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist. <sup>2</sup>Diese Bestimmungen gelten auch für die gesetzlichen Krankenkassen, die der SBK insoweit die Durchführung der Aufgaben nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz durch gesonderte Vereinbarung übertragen haben.

### **§ 2 Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U 1**

- (1) Die SBK erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 50 v.H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezählten Arbeitsentgelts, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.
  - (1a) Abweichend von Abs. 1 erstattet die SBK dem Arbeitgeber auf Antrag 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen.
- (2) <sup>1</sup>Bei arbeitstäglicher Berechnung der Aufwendungen erfolgt eine anteilige Kürzung auf die kalendertäglich berechnete Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. <sup>2</sup>Hiermit werden auch die auf die berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundessagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung und sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.
- (3) <sup>1</sup>Die SBK gewährt auf Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 AAG. <sup>2</sup>Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß gezahlt hat.

### **§ 3 Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U 2**

<sup>1</sup>Die SBK erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U 2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. <sup>2</sup>Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG werden in Höhe von 100 v.H. erstattet.

#### **§ 4 Aufbringung der Mittel**

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U 1 und U 2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- (2) <sup>1</sup>Die SBK verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. <sup>2</sup>Für die Umlageverfahren U 1 und U 2 werden Betriebsmittel gebildet. <sup>3</sup>Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).

#### **§ 5 Umlagebeitragssätze**

- (1) Der Umlagebeitragssatz U 1 beträgt

1,50 v.H. – Standardtarif (vgl. § 2 Abs. 1)

2,40 v.H. – Erhöhter Traif (vgl. § 2 Abs. 1a)

- (2) Der Umlagebeitragssatz U 2 beträgt 0,35 v.H.

- (3) Die Umlagen sind zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 14 der Satzung).

#### **§ 5a Antrag auf den erhöhten Erstattungssatz**

Der Antrag nach § 2 Abs. 1a für den erhöhten Erstattungssatz ist

1. bis zum Ende des Monats, in dem erstmalig Umlagebeiträge abzuführen sind,
2. bei Beginn eines neuen Kalenderjahres jeweils bis zum 31. Januar des neuen Kalenderjahres

schriftlich bei der SBK zu stellen. Für die Einhaltung der Frist ist der Zugang des Antrags bei der SBK entscheidend (Ausschlussfrist). Macht der Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von seinem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 Nr. 2 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte Erstattungssatz. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.

#### **§ 6 Haushaltsplan und Rechnungsabschluss**

<sup>1</sup>Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf, die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat. <sup>2</sup>Er nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung.

## **§ 7 Widerspruchsausschuss**

- (1) <sup>1</sup>Der Widerspruchsausschuss der SBK nimmt in Angelegenheiten der Umlageverfahren die Aufgaben des Widerspruchsausschusses als Widerspruchsstelle nach § 85 SGG wahr. <sup>2</sup>Sitz des Widerspruchsausschusses ist München.
- (2) <sup>1</sup>§ 5 der Satzung gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens der Widerspruchsausschuss nur aus Mitgliedern der Arbeitgebervertreter zusammensetzt. <sup>2</sup>Die übrigen Bestimmungen gelten entsprechend.

## **§ 8 Organ**

In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat (§ 3 der Satzung) nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Absatz 4 AAG).

**Anlage 5 zu § 16 b**

<b>DMP-Programm</b>	<b>KV-Region</b>
Asthma	Baden-Württemberg
Asthma	Bayern
Asthma	Berlin
Asthma	Brandenburg
Asthma	Bremen
Asthma	Hamburg
Asthma	Hessen
Asthma	Mecklenburg-Vorpommern
Asthma	Niedersachsen
Asthma	Nordrhein
Asthma	Rheinland-Pfalz
Asthma	Saarland
Asthma	Sachsen
Asthma	Sachsen-Anhalt
Asthma	Schleswig Holstein
Asthma	Thüringen
Asthma	Westfalen-Lippe
Brustkrebs	Baden-Württemberg
Brustkrebs	Bayern
Brustkrebs	Berlin
Brustkrebs	Brandenburg
Brustkrebs	Bremen
Brustkrebs	Hamburg
Brustkrebs	Hessen
Brustkrebs	Mecklenburg-Vorpommern
Brustkrebs	Niedersachsen
Brustkrebs	Nordrhein
Brustkrebs	Rheinland-Pfalz
Brustkrebs	Saarland
Brustkrebs	Sachsen
Brustkrebs	Sachsen-Anhalt
Brustkrebs	Schleswig Holstein
Brustkrebs	Thüringen
Brustkrebs	Westfalen-Lippe
COPD	Baden-Württemberg
COPD	Bayern
COPD	Berlin
COPD	Brandenburg
COPD	Bremen
COPD	Hamburg
COPD	Hessen
COPD	Mecklenburg-Vorpommern
COPD	Niedersachsen
COPD	Nordrhein
COPD	Rheinland-Pfalz
COPD	Saarland
COPD	Sachsen
COPD	Sachsen-Anhalt
COPD	Schleswig Holstein
COPD	Thüringen
COPD	Westfalen-Lippe
DB1	Baden-Württemberg
DB1	Bayern

---

DB1	Berlin
DB1	Hamburg
DB1	Brandenburg
DB1	Bremen
DB1	Mecklenburg-Vorpommern
DB1	Niedersachsen
DB1	Nordrhein
DB1	Rheinland-Pfalz
DB1	Saarland
DB1	Sachsen-Anhalt
DB1	Schleswig Holstein
DB1	Thüringen
DB1	Hessen
DB1	Sachsen
DB1	Westfalen-Lippe
Diabetes Mellitus Typ II	Baden-Württemberg
Diabetes Mellitus Typ II	Bayern
Diabetes Mellitus Typ II	Berlin
Diabetes Mellitus Typ II	Brandenburg
Diabetes Mellitus Typ II	Bremen
Diabetes Mellitus Typ II	Hamburg
Diabetes Mellitus Typ II	Hessen
Diabetes Mellitus Typ II	Mecklenburg-Vorpommern
Diabetes Mellitus Typ II	Niedersachsen
Diabetes Mellitus Typ II	Nordrhein
Diabetes Mellitus Typ II	Rheinland-Pfalz
Diabetes Mellitus Typ II	Saarland
Diabetes Mellitus Typ II	Sachsen
Diabetes Mellitus Typ II	Sachsen-Anhalt
Diabetes Mellitus Typ II	Schleswig Holstein
Diabetes Mellitus Typ II	Thüringen
Diabetes Mellitus Typ II	Westfalen-Lippe
KHK	Baden-Württemberg
KHK	Bayern
KHK	Berlin
KHK	Brandenburg
KHK	Bremen
KHK	Hamburg
KHK	Hessen
KHK	Mecklenburg-Vorpommern
KHK	Niedersachsen
KHK	Nordrhein
KHK	Rheinland-Pfalz
KHK	Saarland
KHK	Sachsen
KHK	Sachsen-Anhalt
KHK	Schleswig Holstein
KHK	Thüringen
KHK	Westfalen-Lippe

**Anlage 6 zu § 15 b (mit Wirkung zum 01.01.2015 ersatzlos entfallen)**

## **Anlage 7 zu § 19 Wahltarife Krankentagegeld**

### **Teilnahme**

1. Die SBK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
  - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
  - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der SBK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der SBK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

### **Laufzeit/Bindungsfrist**

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

### **Tarifende/Kündigung**

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der SBK.



5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

#### **Obliegenheiten der Teilnehmer**

6. Die Mitglieder müssen die SBK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der SBK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der SBK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der SBK nachzuweisen und die SBK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

#### **Prämien**

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

---

<b>Wahltarifkrankengeld kalendertäglich</b>	10€	20€	30€	40€	50€
<b>Prämie monatlich</b>	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten  
i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

<b>Wahltarifkrankengeld kalendertäglich</b>	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
<b>Prämie monatlich</b>	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die SBK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

### **Anspruch**

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der SBK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
  1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
  2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der SBK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die SBK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
  - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,

- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletzengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der SBK.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahlte Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

### **Zahlung**

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt

frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die SBK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

#### **Dauer**

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

#### **Höhe**

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der SBK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,
  2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der SBK

eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die SBK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der SBK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die SBK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der SBK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der SBK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.