

Satzung

der

SKD BKK

Schultesstraße 19a
97421 Schweinfurt

vom 1. Januar 2014

(Stand 07.10.2016 – inkl. 8. Satzungsantrag)

Inhaltsverzeichnis

Artikel I

- § 1 Name, Sitz und Bereich der BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Versichertenälteste
- § 4 Vorstand
- § 5 Widerspruchsausschuss
- § 6 Kreis der versicherten Personen
- § 7 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 8 Aufbringung der Mittel
- § 9 Bemessung der Beiträge
- § 9a Wahltarif Prämienzahlung
- § 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 10a *gestrichen*
- § 10b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 11 Fälligkeit der Beiträge
- § 12 Höhe der Rücklage
- § 13 Leistungen
- § 13a Primärprävention
- § 13b Schutzimpfungen
- § 13c Leistungsausschluss
- § 13d Osteopathie
- § 13e Glaukom-Früherkennung
- § 13f Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung
- § 13g Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung
- § 14 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 14a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 14b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 14c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14d Wahltarif integrierte Versorgung
- § 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 16 Wahltarife Krankengeld
- § 17 Kooperation mit der PKV
- § 18 Aufsicht

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

§ 20 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage

zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK

- (1) Die BKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen **SKD BKK**. Die BKK hat ihren Sitz in Schweinfurt.

Sie ist seit dem 01.01.2008 Rechtsnachfolgerin der SKD BKK, Schweinfurt, und der Brose BKK, Coburg.

- (2) Der Bereich der BKK erstreckt sich auf

- die Werke der SKF GmbH in Schweinfurt, Lüchow und Mühlheim/Donau,
- die SKF Linearsysteme GmbH in Schweinfurt und Meckesheim,
- die deutschen Ingenieur- und Verkaufsbüros und Außenstellen in Berlin, Bielefeld, Düsseldorf, Hamburg, Mannheim, Kelkheim, Saarbrücken, Öhringen, Gröbenzell, Stuttgart, Ulm, Leipzig, Bremen, Lauf, Altenstein, Nübbel, Hannover, Wilhelmshafen, Freiburg, Unnar, Loffenau, Laufen, Höchstadt, Springe, Renzburg,
- die Werke der Düker GmbH & Co. KGaA, Karlstadt/Main und Laufach/Unterfranken,
- alle Werke der Firma Brose Fahrzeugteile GmbH & Co. KG, Coburg.

- (3) Der Bereich der BKK erstreckt sich darüber hinaus nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 und Satz 2 SGB V auf die Länder Bayern, Baden-Württemberg, Bremen, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein.

§ 2 Verwaltungsrat

- (1)
1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

- (2) Nach Ablauf der 11. Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat der BKK als Mitglieder 6 Vertreter der Versicherten und 6 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jedes Mitglied hat eine Stimme.

- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35a Abs. 4 SGB IV),
- 6 den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.
Die Prüfung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - (6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
 - (7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
 - (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrats ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
 - (9) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - (10) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Versichertenälteste

- (1) Für die BKK werden vom Verwaltungsrat 10 Versichertenälteste sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Versichertenältester, der an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
- (2) Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- (3) Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der BKK mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehört die Weiterleitung von Informationen der BKK an die Versicherten, Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen, Unterstützung der BKK bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Beratung in Angelegenheiten der Kassenwahl.

§ 4 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der BKK gehört ein Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen.
6. die BKK 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 BKK abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuführen.

- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.

- (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK.

§ 5 Widerspruchsausschuss

(1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Schweinfurt.

(2) 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.

Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.

Sofern der Vorsitzende an der Teilnahme verhindert ist, übernimmt sein persönlicher Stellvertreter den Vorsitz.

6. Der Vorstand oder/und ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 6 Kreis der versicherten Personen

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der BKK versicherten Personen umfasst:

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

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,

13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Freiwillige Mitglieder

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

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

5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereiches bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

(3) Familienversicherung

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

§ 7 Kündigung der Mitgliedschaft

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der BKK mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- (3) Absatz 1 Satz 1 gilt nicht, wenn ein Wahltarif nach § 9a gewählt wurde. In diesem Fall kann die Mitgliedschaft zur BKK nur unter den Voraussetzungen des § 9a Absatz 5, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Absatz 4 Satz 5-7 SGB V gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 16 gewählt haben.

§ 8 Aufbringung der Mittel

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

§ 9 Bemessung der Beiträge

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

§ 9a Wahltarif Prämienzahlung

(1) Allgemeines

Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der BKK spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

(2) Leistungen

Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

1. Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
3. medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
4. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
5. Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Prämienhöhe

Die jährliche Prämienzahlung beträgt gestaffelt nach den jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds

- a) für Mitglieder, deren Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessen werden:

jährliche beitragspflichtige Einnahmen	Jahresprämie
> 8.100 € bis 24.300 €	100 €
> 24.300 € bis 36.400 €	300 €
> 36.400 € bis 47.250 €	450 €
> 47.250 €	550 €

- b) für Mitglieder, deren Beiträge nach dem ermäßigten Beitragssatz bemessen werden:

jährliche beitragspflichtige Einnahmen	Jahresprämie
> 8.100 € bis 24.300 €	90 €
> 24.300 € bis 36.400 €	270 €
> 36.400 € bis 47.250 €	400 €
> 47.250 €	500 €

Für Mitglieder, deren Beiträge sich im Kalenderjahr zeitweise nach dem ermäßigten und zeitweise nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessen, berechnet sich die Prämie anteilig nach den entsprechenden Beitragszeiten.

Ist das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr bei der BKK versichert gewesen, werden die beitragspflichtigen Einnahmen auf das gesamte Kalenderjahr hochgerechnet. Die sich dann aus der o. g. Staffelung ergebende Prämie wird anteilig entsprechend der Anzahl der bei der BKK als Mitglied versicherten Kalendermonate ausgezahlt. Die jährliche Prämienzahlung darf 1/12 des im Kalenderjahr an die BKK gezahlten Jahresbeitrages nicht überschreiten.

(4) Einschränkung

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz 1 nicht wählen.

(5) Bindungsfrist

Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Kalenderjahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK. Die Mindestbindungsfrist endet frühestens mit Ablauf des ersten vollen Kalenderjahres der Teilnahme am Wahltarif.

Die Mitgliedschaft zur BKK kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V (18 Monate).

Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bis Satz 3 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der BKK.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V.

Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,7 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds

§ 10a Prämienzahlung gemäß § 242 Absatz 2 SGB V

gestrichen

§ 10b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

- (1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- (3) Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderliche Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe 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.

- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- (3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die zu zahlenden Beiträge fällig am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

§ 12 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung.
2. zur Früherkennung von Krankheiten.
3. zur Behandlung einer Krankheit.
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft.
5. zur Empfängnisverhütung.
6. bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation.
7. des persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

(2) Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt und darf einen Zeitraum von 8 Wochen nicht überschreiten.

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

(3) Haushaltshilfe

Außer der in § 38 Absatz 1 SGB V genannten Fällen gewährt die BKK, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,

1. wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen 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, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Darüber hinaus kann die BKK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die BKK kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

(4) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Die vorherige Informationspflicht gilt nicht für die Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V (Kostenerstattung Wahlarzneimittel). Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK in Anspruch genommen werden.

Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und gegebenenfalls durch ärztliche Verordnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 %, mindestens um 3 € und maximal um 50 €, 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 BKK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK 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.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V (Rabattvertrag) mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der BKK zu wählen.

2. Der Versicherte hat für die Kostenerstattung die Rechnung der Apotheke im Original sowie die ärztliche Verordnung des substituierten Arzneimittels vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Eventuell höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

Die Festbetragsregelung ist bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages zu berücksichtigen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

3. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Die Erstattungsbeträge nach Absatz 2 sind um 5 v. H., maximal 40 € für Verwaltungskosten zu kürzen.

§ 13a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK auf Basis des Leitfadens „Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung“ Leistungen zur primären Prävention unter Einbeziehung des Umfeldes (Setting-Ansatz) und/oder individuell mit folgenden vorrangigen Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität.
 - b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.
2. Ernährung:
 - a) Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung.
 - b) Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.
3. Stressmanagement:
 - a) Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen.
 - b) Maßnahmen zur Förderung von Entspannung.
4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens.
 - b) Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von der BKK initiiert bzw. selbst erbracht werden, oder die von anderen gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden, werden bei regelmäßiger Teilnahme ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten maximal aber 125,00 € je Maßnahme gewährt. Der Anspruch ist begrenzt auf zwei Maßnahmen aus den genannten Handlungsfeldern pro Kalenderjahr.

§ 13b Schutzimpfungen

- (1) Die BKK übernimmt im Rahmen des § 20d Absatz 2 SGB V die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen.
- (2) Darüber hinaus übernimmt die BKK Impfungen, die nicht von den Regelungen der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen erfasst sind, sofern die Notwendigkeit aufgrund eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert ist. Dies betrifft insbesondere die Kosten für folgende Impfungen:
 - Impfung gegen Grippe (Influenza).
 - Impfung gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres.
 - Impfung gegen Rotaviren für alle Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensmonat - bis max. 150,00 € pro Impfserie.

Für selbst bezahlte Schutzimpfungen nach den vorgenannten Ausführungen werden von der BKK 100 v. H. der Kosten, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Impfkosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

- (3) Die Versicherten erhalten auch Kosten erstattet, maximal aber 220,00 € je Anlass (Reise), für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos ärztlich indiziert sind und vom Auswärtigen Amt bzw. vom Robert-Koch-Institut für das jeweilige Urlaubsland empfohlen werden. Bei Impfserien zur Grundimmunisierung werden alle dazugehörigen Einzelimpfungen dem Anlass (der Reise) zugeordnet, der (die) für den Beginn der Impfserie ursächlich war.

§ 13c Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB 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.

- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der BKK gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des SGB 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 BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13d Osteopathie

- (1) Die BKK eröffnet ihren Versicherten im Rahmen einer Satzungsleistung die Möglichkeit der osteopathischen Behandlung, wenn diese medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ein Fortschreiten der Krankheit zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass
 - a) die osteopathische Behandlung durch einen Arzt verordnet wird. Eine entsprechende ärztliche Verordnung ist vorzulegen.
 - b) die osteopathische Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.
- (3) Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 90. v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 35 Euro pro Sitzung.
- (4) Die Abrechnung für die osteopathische Behandlung erfolgt wie bei einem Privatpatienten. Die Rechnung des Osteopathen bezahlt der Versicherte zunächst selbst und reicht sie zusammen mit der ärztlichen Verordnung im Original bei der BKK ein. Die BKK überweist dann den Erstattungsbetrag auf das vom Versicherten angegebene Konto.

§ 13e Glaukom-Früherkennung

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK die Kosten für eine von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführte Glaukom-Früherkennungsuntersuchung zu 90 v. H., aber maximal in Höhe von 20,00 € pro Versicherten und Kalenderjahr.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass eine Erkrankung bezogen auf diese Vorsorgeuntersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Der Anspruch besteht für Versicherte ab einem Alter von 40 Jahren.

Zur Kostenerstattung sind der BKK spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen. Die Erstattung erfolgt auf das vom Versicherten benannte Konto.

§ 13f Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung

Die BKK bietet ihren Versicherten zusätzliche, über den gesetzlich geregelten Anspruch hinausgehende Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung.

(1) Schwangerschaftsleistungen (§ 23 SGB V)

Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag nach der Entbindung bezuschusst. Zuschussfähig sind über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:

- a) zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall
Bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes.
- b) Toxoplasmose-Screening
Bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt mit Katzen).
- c) Triple-Test
Bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation.

Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.

(2) Hebammenrufbereitschaft

Die BKK übernimmt für Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme und nicht durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft (38. – 42. Schwangerschaftswoche) entstehen.

Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die Bereitschaft zu sofortiger mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Zur Kostenerstattung sind der BKK spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen.

Erstattet werden jeweils 90 v. H. des Rechnungsbetrages für die Leistungen nach Absatz (1) und Absatz (2), insgesamt nicht mehr als 200 Euro je Schwangerschaft, sofern das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK versichert ist.

§ 13g Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung

- (1) Die SKD BKK bezuschusst die Kosten der Versorgung mit Sensoren für ein Flash-Glukose-Mess-System zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum.
- (2) Voraussetzungen sind:
 - a) Die Versicherten führen eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
 - b) Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte 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".
 - c) Ein individuelles Therapieziel ist festzulegen und der Behandlungsverlauf ist zu dokumentieren.
 - d) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.
 - e) Die SKD BKK hat die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung mit Sensoren vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
 - f) Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Gerätes verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.
- (3) Die SKD BKK beteiligt sich an den Kosten der Versorgung mit Sensoren für ein Flash-Glukose-Mess-System mit einem Betrag von max. 100 € der tatsächlich entstandenen Kosten pro Kalendermonat, höchstens aber in Höhe der durchschnittlichen monatlichen Kosten der Blutzuckerteststreifen /-nadeln in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung.

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen

- (1) Bei Gewährung von **ambulant**en Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €.

Bei **ambulant**en Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 €.

- (2) Zuschüsse werden nicht gewährt, wenn der Versicherte Anspruch auf entsprechende Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften hat.

§ 14a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Der Versicherte verpflichtet sich schriftlich gegenüber der BKK, nur einen von ihm aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt ebenfalls unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Während dieser Zeit kann ein anderer als der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem im Bestätigungsschreiben der BKK genannten Zeitpunkt.
- (4) Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz 3, wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.

Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).
- (5) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben

- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- (6) Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 14b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu weiteren, neben den in Absatz 3 genannten Ausnahmen von dem Überweisungsgebot ist in einer Anlage zu dieser Satzung geregelt.
- (3) Der Versicherte erklärt gegenüber der BKK schriftlich seine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem er sich verpflichtet, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die Dauer der Teilnahme können andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden.
- (4) Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz 3, wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.

Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Nottfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

- (5) Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- (6) Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 14c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die BKK 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 der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 14d Wahltarif integrierte Versorgung

(1) Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V auf der Grundlage von Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die integrierte Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben.

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

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

(3) Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(1) Bonus für Erwachsene (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 – 2 (Basis-Aktivitäten) vollständig und aus den Punkten 3 – 10 (Wahl-Aktivitäten) mindestens 2 Punkte innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Als Bonus wird den Versicherten eine Geldprämie in Höhe von 50 Euro gewährt.

Das gesundheitsbewusste aktive Verhalten von Kindern wird gesondert als Kinder-Bonus nach Absatz 2 gefördert.

Für Neugeborene wird ein gesonderter Baby-Bonus nach Absatz (4) gewährt.

Basis-Aktivitäten

1. Der/Die Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil.
2. Der/Die Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab 20 Jahren, Männer aber dem Alter von 45 Jahren) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Absatz 2 SGB V teil.

Wahl-Aktivitäten

3. Der/Die Versicherte nimmt an einem vom Arbeitgeber angebotenen Gesundheits-Check-Up oder an einer betrieblichen Screening-Maßnahme/Vorsorgeaktion teil (z. B. Darmkrebsvorsorge).
4. Der/Die Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 und §20 a SGB V in Anspruch.

5. Der/Die Versicherte hat zur Vervollständigung seines/ihres Impfschutzes eine von der BKK nach § 20 d SGB V gewährte Schutzimpfung in Anspruch genommen.
6. Der/Die Versicherte hat das deutsche Sportabzeichen nach den Richtlinien des Deutschen Sportbundes oder das Deutsche Wanderabzeichen nach den Richtlinien des Deutschen Wanderverbandes abgelegt.
7. Der/Die Versicherte besucht regelmäßig und aktiv ein Fitness-Studio, welches den Qualitätsanforderungen entspricht.
8. Der/Die Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein.
9. Der/Die Versicherte lässt auf eigene Kosten eine professionelle Zahnreinigung durchführen.
10. Die Versicherte nimmt am Vorsorgeprogramm „Hallo Baby“ (Vertrag nach § 140a ff. SGB V, VAG Bayern) teil.

(2) Bonus für Kinder (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres)

Das gesundheitsbewusste Verhalten von Kindern/Jugendlichen wird gesondert mit folgenden Bonusregelungen gefördert. Sie haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 oder 2 (Basis-Aktivitäten) und zusätzlich aus den Punkten 3 – 8 (Wahl-Aktivitäten) mindestens 2 weitere Punkte innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Als Bonus wird eine Geldprämie in Höhe von 35 Euro gewährt.

Basis-Aktivitäten

1. Versicherte Kinder nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U 4 – U 9) für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.

2. Versicherte Kinder/Jugendliche nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehene Jugenduntersuchung J 1 im Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch.

Wahl-Aktivitäten

3. Das versicherte Kind hat zur Vervollständigung seines Impfschutzes eine von der BKK nach § 20d SGB V gewährte Schutzimpfung in Anspruch genommen.
4. Versicherte Kinder/Jugendliche ab Vollendung des 6. Lebensjahres nehmen eine zahnärztliche Untersuchung nach § 22 Absatz 1 SGB V in dem jeweiligen Kalenderjahr in Anspruch.
5. Teilnahme des versicherten Kindes am Vorsorgeprogramm „Starke Kids“ (Vertrag nach § 140a ff. SGB V, VAG Bayern).
6. Teilnahme des versicherten Kindes an Präventionsmaßnahmen/Gesundheitsaktionen (z. B. Rückschule, Kinder-Yoga) oder Ernährungsberatung.
7. Erfolgreiche Teilnahme des versicherten Kindes am „Seepferdchen“-Schwimmkurs.
8. Das versicherte Kind ist aktives Mitglied in einem Sportverein.

(3) Gemeinsame Bestimmungen zu den Boni für Erwachsene und Kinder

Der Anspruch auf die Prämien nach Absatz (1) und Absatz (2) kann nur einmal im Kalenderjahr und nur für das Jahr der Durchführung bzw. Inanspruchnahme geltend gemacht werden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. Anbieter der Leistung in den BKK-Bonus-Heften bestätigt. Kosten, die dem/der Versicherten durch das Führen des Bonus-Heftes entstehen, sind nicht erstattungsfähig.

Der Bonus/die Geldprämie wird spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres gezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes vollständig nachgewiesen wurden.

Auszahlungsvoraussetzung für den Bonus ist ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt der Antragstellung.

Der Bonus für Kinder ist durch den gesetzlichen Vertreter zu beantragen und wird an diesen ausgezahlt.

(4) Baby-Bonus

Das neugeborene, bei der BKK nach § 10 SGB V versicherte, Kind erhält einen zusätzlichen Bonus in Höhe von 100,00 Euro soweit

- a) die Vorsorgeuntersuchungen U1, U2 und U3 vollständig durchgeführt und durch Vorlage des Untersuchungsheftes nachgewiesen wurden.
und
- b) die von der Stiko empfohlenen Schutzimpfungen nachgewiesen werden.
und
- c) Beratungsleistungen einer Hebamme, oder einer nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Hebamme, gemäß § 3 des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfen nach § 134a SGB V vom 01.08.2007 nach der Geburt in Anspruch genommen wurden.

Der Baby-Bonus wird für Kinder gewährt, die nach dem 31.12.2012 geboren wurden und ab Geburt bei der BKK versichert werden. Der Antrag auf den Bonus ist durch den gesetzlichen Vertreter des Kindes zu stellen, die Auszahlung erfolgt ebenfalls an den gesetzlichen Vertreter.

§ 16 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

- (1) Die BKK bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres, danach nur dann, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

- (2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der BKK durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz 4 SGB V, § 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK bestehen.

Soweit nicht anderweitig geregelt, entspricht der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife dem Arbeitsunfähigkeitsbegriff für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen.

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

- (3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat.

Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG 26 und KG 78),
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG 06),

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld, soweit nachfolgend keine anders lautenden Ansprüche geregelt werden.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 15), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich im Falle des Absatzes 14 nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009 mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit, im Falle des Absatz 15 mit Beginn des sich anschließenden Tarifs mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

- (4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen eines Vertragsarztes 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 BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts.

Die BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- (5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(6) Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen,
- mit dem Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifes nach Absatz 15 oder 16,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

- (7) Die Höhe des Krankengeldes für die in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Versicherten wählt das Mitglied entsprechend der nachfolgenden Tabelle. Das gewählte Krankengeld darf bei selbständig Tätigen das durchschnittliche monatliche Netto-Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit des letzten Jahres, das der BKK entsprechend nachgewiesen wurde, nicht übersteigen.

Kalendertägliches Krankengeld	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
monatliches Arbeitseinkommen							
bis 1.200,00 €	X						
bis 1.500,00 €	X	X					
bis 1.800,00 €	X	X	X				
bis 2.100,00 €	X	X	X	X			
bis 2.400,00 €	X	X	X	X	X		
bis 2.700,00 €	X	X	X	X	X	X	
über 2.700,00 €	X	X	X	X	X	X	X

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der BKK. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 18.

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK sein Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommensteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der BKK unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitseinkommen erwirtschaftet besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- (9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Absatz 8 SGB IX gilt entsprechend.

Dauer

- (10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit.

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung

- im Tarif KG 26 für längstens 182 Tage
- im Tarif KG 78 für längstens 546 Tage

innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifes an (Höchstanspruchsdauer).

Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde.

Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 17 oder 18 unbeachtlich.

- (11) Abweichend von Absatz 10 besteht bei Mitgliedern nach dem KSVG nur solange Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

- (12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindesten zwei Monatsbeiträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren nach Absatz 22 stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.
- (13) Die §§ 16 Absatz 1 - 3 und 4, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60 - 62, 65, 66 - 67 SGB I entsprechend.

Wahl / Beginn / Laufzeit

- (14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifes und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

- (15) Die Kündigung des Tarifes muss durch schriftliche Erklärung spätestens zwei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der BKK. Abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK vorbehaltlich Absatz 16 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenen 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (16) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. 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, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- (17) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist - vorbehaltlich des Absatzes 18 - höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitere Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt.

Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitere Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III von drei Kalendermonaten.

- (18) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz 10 die in Absatz 9 genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 oder 17 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

- (19) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt:

in der Tarifgruppe KG 26

Kalendertägliches Krankengeld	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00 €
Prämie:	9,00	12,00	15,00	18,00	21,00	24,00	27,00 €

in der Tarifgruppe KG 78

Kalendertägliches Krankengeld	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00 €
Prämie:	12,00	16,00	20,00	24,00	28,00	32,00	36,00 €

in der Tarifgruppe KG 06

0,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung.

- (20) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt grundsätzlich monatlich gemäß Absatz 21. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen 17 oder 18 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden; im Übrigen gilt § 51 Absatz 2 SGB I.

- (21) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens
- bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
 - bei jährlicher Zahlung am 15. Januar eines Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Jahr.

Bei jährlicher Zahlung gewährt die BKK einen Nachlass von 5 v. H. auf den Jahresbetrag. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der BKK zurück zu zahlen.

- (22) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, können im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben werden.
- (23) Die BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Bundesversicherungsamt.

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 20 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.skd-bkk.de, sowie nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in den Räumen der SKD BKK und in den Betrieben. Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

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.

Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich im „Newsletter“ der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus.

Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat die Neufassung der Satzung in der Sitzung am 06.12.2013 beschlossen.
2. Die Satzung tritt mit Ausnahme von Artikel I § 15 Absatz 2 und 4 ab 1. Januar 2014 in Kraft. Artikel I § 15 Absatz 2 und 4 treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung der SKD BKK in der Fassung vom 01.01.2008 außer Kraft.

Schweinfurt, 6. Dezember 2013

gez. Dr. Muharrem Cinar

Vorsitzender des Verwaltungsrates
der SKD BKK

Bonn, den 26. Februar 2014
II 3-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag Beckschäfer

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 1. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK am 18. Juli 2014 beschlossen.
2. Die Änderungen treten am Tage der Bekanntmachung in Kraft.

Schweinfurt, 15. September 2014

gez. Norbert Völkl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 18. Juli 2014 beschlossene 1. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 5. September 2014
213-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag gez. Beckschäfer

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 2. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in einer schriftlichen Abstimmung am 27.10.2014 beschlossen.
2. Die §§ 13e, 13f und 15 treten am 1. Januar 2015 in Kraft.

Schweinfurt, 27. Oktober 2014

gez. Norbert Vökl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossene 2. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 28. November 2014
213-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag gez. Beckschäfer

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 3. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in der Sitzung am 9. Dezember 2014 beschlossen.
2. Der 3. Satzungsantrag tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Schweinfurt, 9. Dezember 2014

gez. Norbert Völkl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 9. Dezember 2014 beschlossene 3. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 12. Dezember 2014
213-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag gez. Beckschäfer

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 4. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in der Sitzung am 9. Dezember 2014 beschlossen.
2. Der 4. Satzungenachtrag tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Schweinfurt, 9. Dezember 2014

gez. Norbert Völkl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 9. Dezember 2014 beschlossene 4. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 12. Dezember 2014
213-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag gez. Beckschäfer

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 5. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in der Sitzung am 9. Dezember 2014 beschlossen.
2. Der 5. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Schweinfurt, 9. Dezember 2014

gez. Norbert Völkl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 9. Dezember 2014 beschlossene 5. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 23. Dezember 2014
213-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag gez. Greuel

6. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK

Um Verwechslungen zu vermeiden, wurde auf Empfehlung des Bundesversicherungsamtes hin der 6. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK zurückgezogen.

Dieser wurde im Genehmigungsverfahren zum 8. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK.

Schweinfurt, 15. September 2016

Artikel II

Inkrafttreten

2. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 7. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in einer schriftlichen Abstimmung bis 12. Februar 2016 beschlossen.
2. Der 7. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK tritt nach Ablauf der 11. Wahlperiode in Kraft.

Schweinfurt, 15. Februar 2016

gez. Norbert Völkl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat bis 12. Februar 2016 in schriftlicher Abstimmung beschlossene 7. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 24. Februar 2016
112-59217.0-5058/2013
Doom

Bundesversicherungsamt
im Auftrag gez. Heinz Peter van

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 8. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in einer schriftlichen Abstimmung beschlossen.
2. Der 8. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK tritt am Tag nach der öffentlichen Bekanntmachung in Kraft.

Schweinfurt, 13.09.2016

gez. Norbert Völkl
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossene 8. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 4. Oktober 2016
213-59217.0-314/2014

Bundesversicherungsamt
im Auftrag
gez. Beckschäfer

Anlage zu § 2 der Satzung der SKD BKK

Entschädigungsregelung

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

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

1. **Erstattung der Barauslagen**

1.1 Tage- / Übernachtungsgeld

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

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

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. /2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,

- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. **Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge**

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

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

3. **Pauschbetrag für Zeitaufwand**

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 26,00 €.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein volles Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Das 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 Verwaltungsrates

1. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 52,00 €.
2. Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 26,00 €.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschuss-Sitzungen 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. Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand wird allerdings nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt.

Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.