

Satzung

der TBK

Thüringer Betriebskrankenkasse

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Teil A – Verfassung

		Seite	
§	1	Name, Sitz und Bereich der TBK	04
§	2	Verwaltungsrat	05
§	3	Vorstand	06
§	4	Widerspruchsausschuss	07
§	5	Entschädigungsregelung für Organmitglieder	08
§	6	Bekanntmachungen	08
§	6a	Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG	08
§	6b	Veröffentlichung der Jahresergebnisse gem. § 305b SGB V	08

Teil B – Mitgliedschaft

§	7	Kreis der versicherten Personen	09
§	8	Kündigung der Mitgliedschaft	11
§	9	Aufbringung der Mittel	11

Teil C – Beiträge

§	10	Bemessung der Beiträge	12
§	11	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtige nachzuzahlende Beiträge	12
§	12	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	13
§	13	Fälligkeit der Beiträge	13
§	14	Erhebung von Mahngebühren	14

Teil D – Rücklage

§	15	Höhe der Rücklage	14
---	----	-------------------	----

Teil E – Allgemeiner Leistungsumfang

§	16	Prävention	14
§	16a	Primärprävention	14
§	16b	Sekundärprävention	15
§	17	Krankheitsverhütung	15
§	18	Medizinische Vorsorgeleistungen	16
§	19	Kostenerstattung	16
§	19a	Kostenerstattung Wahlarzneimittel	17
§	20	Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit	17
§	21	Hospiz	17
§	22	Häusliche Krankenpflege	17
§	23	Haushaltshilfe	18
§	24	Modellvorhaben	18
§	24a	unbesetzt	18
§	25	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	19
§	26	Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	20
§	26a	Osteopathie	20
§	26b	Zahnprophylaxe	21
§	26c	Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtung	21
§	26d	Vitaminpräparate als Vorsorge für Schwangere	21
§	26e	Zusätzliche Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	22
§	26f	Psychotherapie durch nicht zugelassene Leistungserbringer	22
§	26g	Sehhilfen	23
§	27	Leistungsausschluss	23

Teil F – Wahltarife

§	28	Wahltarife	24
§	28a	Wahltarif – Hausarztzentrierte Versorgung	24
§	28b	Wahltarif – Strukturierte Behandlungsprogramme	25
§	28c	Wahltarif – Integrierte Versorgung	25
§	29	Wahltarif – Krankengeld für Selbstständige und bestimmte Arbeitnehmer	26

Teil G – Angebot privater Zusatzversicherungen

§	30	Kooperation mit der PKV	31
---	----	-------------------------	----

Teil H – Aufsicht und Mitgliedschaft

§	31	Aufsicht	31
§	32	Mitgliedschaft zum Landesverband	31

Artikel II

Inkrafttreten	31
---------------	----

Teil A – Verfassung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Thüringer Betriebskrankenkasse

- I. Die Krankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen TBK. Sie entstand im Rahmen einer Umfirmierung aus der BKK der Thüringer Energieversorgung, welche durch die Vereinigung mit der BKK Chema Balcke-Dürr am 01.04.1997 hervorging.

Die TBK hat ihren Sitz in Erfurt.

- II. Der Bereich der TBK erstreckt sich auf die Betriebe:
- Thüringer Energie AG, Erfurt
 - TEN Thüringer Energienetze GmbH, Erfurt
 - TES Thüringer Energie Service, Jena
 - SWE Stadtwerke Erfurt GmbH, Erfurt
 - SWE Stadtwirtschaft GmbH, Erfurt
 - SWE Energie GmbH, Erfurt
 - TUS Thüringer UmweltService GmbH, Erfurt
 - SWE Netz GmbH, Erfurt
 - SWE Technische Service GmbH, Erfurt
 - SWE Service GmbH, Erfurt
 - Erfurter Verkehrsbetriebe AG, Erfurt
 - ThüWa ThüringenWasser GmbH, Erfurt
 - B & R Bioverwertung & Recycling GmbH, Erfurt
 - SWE Bäder GmbH
 - Erfurter Garten- und Ausstellungen GmbH, Erfurt
 - TPG Thüringer Projektgesellschaft mbH, Erfurt
 - SWE Parken GmbH, Erfurt
 - GWA Gesellschaft für Wasser- und Abwasserservice GmbH
 - TUT Thüringer Umwelttechnik GmbH, Erfurt
 - Bsys Mitteldeutsche Beratungs- und Systemhaus GmbH, Erfurt
 - Energieversorgung Apolda GmbH, Apolda
 - ENA Energienetze Apolda GmbH
 - Stadtwerke Arnstadt GmbH, Arnstadt
 - Stadtwerke Arnstadt GmbH Netz GmbH
 - Stadtwerke Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
 - Stadtwerke Bad Langensalza Netz GmbH, Bad Langensalza
 - Eisenacher Versorgungsbetriebe GmbH, Eisenach
 - EVB Netze GmbH
 - Stadtwerke Eisenberg GmbH, Eisenberg
 - Energieversorgung Inselsberg GmbH, Friedrichroda
 - Energieversorgung Gera GmbH, Gera
 - Kraftwerke Gera GmbH, Gera
 - Stadtwerke Gera AG, Gera
 - GeraNetz GmbH, Gera
 - Stadtwerke Gotha GmbH, Gotha
 - Stadtwerke Gotha Netz GmbH, Gotha
 - Energieversorgung Greiz GmbH, Greiz
 - Greizer Energienetze GmbH, Greiz
 - Stadtwerke Jena-Pößneck GmbH, Jena
 - Stadtwerke Leinefelde GmbH, Leinefelde
 - Stadtwerke Mühlhausen GmbH, Mühlhausen
 - Stadtwerke Mühlhausen Netz GmbH, Mühlhausen
 - Stadtwerke Neustadt an der Orla GmbH, Neustadt-Orla
 - Energieversorgung Nordhausen GmbH, Nordhausen
 - Energieversorgung Nordhausen Netz GmbH, Nordhausen
 - Energieversorgung Rudolstadt GmbH, Rudolstadt
 - EnR Energienetze Rudolstadt GmbH, Rudolstadt
 - Stadtwerke Saalfeld GmbH, Saalfeld
 - Stadtwerke Sondershausen GmbH, Sondershausen
 - Stadtwerke Sondershausen Netz GmbH, Sondershausen
 - Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis GmbH, Suhl

Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis Netz GmbH, Suhl
Stadtwerke Stadtroda GmbH, Stadtroda
Stadtwerke Weimar Stadtversorgungs GmbH, Weimar
ENWG Energienetze Weimar GmbH & Co.KG, Weimar
Chema Prozeß- und Systemtechnik GmbH, Rudisleben
Technische Werke Delitzsch GmbH, Delitzsch
Thüringer NETKOM GmbH, Weimar
Energiewerke Zeulenroda GmbH, Zeulenroda
TEN Thüringer Energienetze Geschäftsführungsgesellschaft, Erfurt
TEN Thüringer Energienetze GmbH & Co. KG, Erfurt
KES Stadtwerke Netz GmbH & Co. KG, Annaberg-Buchholz

Der Bereich der TBK erstreckt sich auf die nachfolgend aufgeführten Regionen: Thüringen und Sachsen.

§ 2 Verwaltungsrat

- I
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der TBK 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/eine Vorsitzenden/Vorsitzende und dessen/deren Stellvertreter/-in. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem/der Vorsitzenden und dessen/deren Stellvertreter/-in.
- II Dem Verwaltungsrat gehören 10 Versichertenvertreter/-innen sowie 2 Vertreter/-innen der Arbeitgeber an. Die Vertreter/-innen der Arbeitgeber haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter/-innen, bei einer Abstimmung können sie jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern/Versichertenvertreterinnen zustehen. Die Verteilung der Stimmenanteile der Arbeitgebervertreter/-innen wird durch Vereinbarung der Arbeitgebervertreter/-innen geregelt. Kommt keine Vereinbarung zustande, so werden die Stimmen der im Verwaltungsrat vertretenen Arbeitgebervertreter/-innen so gewichtet, dass sie in der Stimmenzahl vertreten sind, wie sie vertreten wären, wenn so viele Arbeitgebervertreter/-innen aus ihren Unternehmen wie Versichertenvertreter/-innen gewählt worden wären.
- III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der TBK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die TBK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die TBK von grundsätzlicher Bedeutung sind.
2. den Haushaltsplan festzustellen.
- 2a. jährlich die Jahresrechnung na § 31 SVHV prüfen zu lassen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen.
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln.
- 4a. einen leitenden Beschäftigten der Krankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen.
5. den Vorstand zu überwachen.
6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die TBK gegen über dem Vorstand zu vertreten.

- 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 Krankenkassen zu beschließen.
- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den durch den Verwaltungsrat festgesetzten Sätzen.
 - VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 - VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der TBK gehört 1 Mitglied an.
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III Der Vorstand verwaltet die TBK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die TBK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand 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/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.
- 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten.
- 5. die TBK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
- 6. eine Kassenordnung aufzustellen.
- 7. die Beiträge einzuziehen.
- 8. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der TBK abzuschließen.
- 9. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

10. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal TBK wird vom Vorstand eingestellt.

V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der TBK.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Erfurt.

II 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 2 Vertretern/Vertreterinnen der Versicherten und einem Arbeitgebervertreter/-in mit 2 Stimmen aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der TBK.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen/eine Stellvertreter/-in zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter/-innen des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern/Versichertenvertreterinnen des Verwaltungsrates gewählt. Der/Die Arbeitgebervertreter/-in des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebervertretern/Arbeitgebervertreterinnen im Verwaltungsrat bestellt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger/-innen 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/einer Versichertenvertreter/-in und dem/der Arbeitgebervertreter/-in von Sitzung zu Sitzung. Der/Die Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.

Der/Die Vorsitzende bestimmt den/die Schriftführer/-in, der auch ein/e Mitarbeiter/-in der TBK sein kann.

6. Der Vorstand oder eine/ein vom Vorstand Beauftragte/-r nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

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

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

§ 5 Entschädigungsregelung für Organmitglieder

- I Entschädigungen an Organmitglieder nach festen Sätzen und Pauschbeträgen i. S. des § 41 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 SGB IV werden nicht gezahlt.
- II Soweit Mitglieder des Verwaltungsrates als Organmitglieder Aufgaben wahrnehmen, erhalten sie Auslagenersatz, Aufwandsersatz und Entschädigung nach Maßgabe der „Entschädigungsregelung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates“ (Anlage 1). Die Regelung gelten jedoch nur dann, soweit nicht der jeweilige Arbeitgeber - sofern dieser vorhanden ist - Auslagenersatz, Aufwandsersatz und Entschädigung in vergleichbarer Art und Weise gewährt.

§ 6 Bekanntmachung der TBK

- I Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch datierten und befristeten Aushang in der Hauptverwaltung und in den Dienststellen sowie auf der Internetseite www.tbk-gesundheit.de öffentlich bekanntgegeben.
- II Die „Öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz wird in der Hauptverwaltung ausgehängt.

§ 6a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG

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

§ 6b Veröffentlichung der Jahresergebnisse gem. § 305b SGB V

- I Die TBK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung. 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.
- II Zudem werden diese Angaben in der Mitgliederzeitschrift der TBK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der TBK aus.

Teil B - Mitgliedschaft

§ 7 Kreis der versicherten Personen

I Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der TBK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter/-innen, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind.
 - 1a. als gegen Entgelt beschäftigte Arbeitnehmer/-innen gelten auch die Bezieher/-innen 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 12. Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 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 § 23 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/-innen und Publizisten/Publizistinnen nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes.
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.
6. Teilnehmer/-innen 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 oder in anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt 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/Studentinnen, 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/Praktikantinnen 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 waren oder
 - b.) bisher nicht gesetzlich versichert waren, es sei denn, dass sie zu den § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur TBK 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.
- 1a. Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.
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/e Ehegatte/Ehegattin oder ihr/e Lebenspartner/-in in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren und sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen.
4. Arbeitnehmer/-innen, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

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

III Die in Absatz I und II genannten Personen können die TBK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn:

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören.
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat.
3. der/die Ehegatte/Ehegattin bei der TBK versichert ist.
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer/-innen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner/-innen sind und ein Elternteil bei der TBK versichert ist.
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die TBK besteht und nunmehr versicherte Rentner/-innen sind.
6. sie bei der TBK oder deren Landesverband beschäftigt sind oder waren.

IV Familienversicherte

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

§ 8 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 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. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V und Abs. I Satz 1 dieser Satzung können Mitglieder, die

den Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt haben, ihre Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V kündigen.

§ 9 Aufbringung der Mittel

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

Teil C - Beiträge

§ 10 Bemessung der Beiträge

- I Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen - §§ 223, 226 bis 240 SGB V und § 23a SGB IV - der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.
- II Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt.
- III Für folgende Gruppen gelten die nachstehenden Sonderregelungen:
 1. Rentenantragsteller/-innen, Schwangere
Für Rentenantragsteller/-innen sowie für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist.
 2. Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V
Für die Bemessung der Beiträge der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder mit schwankendem Arbeitsentgelt sind die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (einschließlich beitragspflichtiger Einmalzahlungen) zu ermitteln und zu zwölften.

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.

§ 11 Stundung und Erhebung der von Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nachzuzahlenden Beiträge

- I Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden.
 2. unter den in Absatz II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 niederschlagen oder zu erlassen.
- II Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3

Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet; die Erklärung bindet auch Dritte, insbesondere die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer.

- III Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 12 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,8 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 13 Fälligkeit der Beiträge

- I 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.
- II Sonstige laufende Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.
- III Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- IV Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- V Die TBK kann von Arbeitgebern, die
 1. länger als 2 Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
 2. sich in einem Vergleichsverfahren befinden oder
 3. sich innerhalb der letzten 12 Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 4. Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
 5. keine Beitragsnachweise einreichen.

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeiträge für zwei Monate fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens einer Woche zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 14 Erhebung von Mahngebühren

Zahlungspflichtige, die mit der Zahlung der Beiträge im Rückstand sind, werden gemahnt. Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr gemäß § 19 Abs. 2 VwVG (Verwaltungs- und Vollstreckungsgesetz) erhoben.

Teil D – Rücklagen

§ 15 Höhe der Rücklage

- I Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.
- II Auf die Entschuldung der Kasse entfällt ein Beitragssatzanteil in Höhe von 0 v. H. Der Beitragssatzanteil für die Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von anderen Betriebskrankenkassen nach § 265a SGB V beträgt 0,0349 v. H.

Teil E – Allgemeiner Leistungsumfang

§ 16 Prävention

Früherkennungen von Krankheiten können für Erwachsene und Kinder lebensrettend sein. Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten sind meist umso besser, je eher eine Krankheit erkannt wird. Früherkennungsuntersuchungen sind ein wesentlicher Teil der Prävention.

§ 16a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die TBK auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010" in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

- **Bewegungsgewohnheiten**
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- **Ernährung**
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- **Stressreduktion/Entspannung**
 - Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung
 - Maßnahmen zur Entspannung
- **Suchtmittelkonsum**
 - Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
 - Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der TBK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der 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 80,00 EUR je Maßnahme gewährt.

Der Zuschuss wird auf maximal 160,00 € im Jahr je Versicherten begrenzt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 EUR je Maßnahme.

Die Bezuschussung der Maßnahme wird auf 2 Kurse je Kalenderjahr begrenzt.

§ 16b Sekundärprävention

Die Sekundärprävention setzt beim Frühstadium einer Krankheit an. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten, der Eindämmung ihres Fortschreitens oder der Verhinderung der Dauerhaftigkeit der Erkrankung.

I MammaCare

Zur Früherkennung von Brustkrebs können Frauen die Brustselbstuntersuchung nach der MammaCare-Methode erlernen, um frühzeitig Hinweise auf Brustkrebs zu erhalten. Durch die Brustselbstuntersuchung können bei entdeckten Brusterkrankungen die Heilungschancen erheblich vergrößert werden. Die TBK übernimmt für das Erlernen der MammaCare-Methode bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung und der Rechnung einmalig die Kosten bis maximal 35,00 Euro.

II Hautscreening

Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, können diese Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung alle 2 Jahre als gesetzliche Leistung in Anspruch nehmen. Die TBK übernimmt alle 2 Jahre für ihre Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die gesetzliche Leistung nicht in Anspruch nehmen können, die Kosten für die Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung durch einen für das Hautscreening zertifizierten Arzt in Höhe des tatsächlichen Betrages, maximal jedoch 20,00 Euro. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung.

§ 17 Krankheitsverhütung / Schutzimpfungen

I Die TBK gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn nicht bereits eine Leistungspflicht nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

II Die TBK gewährt diese Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen und unter der Berücksichtigung des § 19 Abs. VI dieser Satzung.

III Sofern ein anderer Kostenträger wie z. B. Arbeitgeber oder das Gesundheitsamt zuständig ist, gewährt die TBK keine Leistungen für Schutzimpfungen.

IV gestrichen

V Die TBK übernimmt die Kosten für die Impfung gegen Meningokokken Typ B für alle Kinder und Jugendlichen auf ärztliche Empfehlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Übernommen werden im Rahmen der Kostenerstattung 80 v.H. der Kosten je Originalrechnung für die in Deutschland zugelassenen Impfstoffe.

§ 18 Medizinische Leistungen der Vorsorge

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die TBK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.

§ 19 Kostenerstattung

- I Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die TBK vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der TBK 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.
- II Die Wahl der Kostenerstattung kann von dem/der Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten oder auf einzelne Leistungsbereiche beschränkt werden.
- III Der/Die Versicherte ist mindestens für ein Jahr vom Zeitpunkt seiner/ihrer Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er/Sie kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.
- IV Der/Die Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
- V Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
- VI Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., mindestens 2,50 EUR., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
- VII Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v.H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

- VIII Abweichend von Ziffer 7 kann in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die/den Versicherte/n ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung

einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

§ 19a Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- I Gemäß § 13 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Wählt ein Versicherter im Rahmen der Kostenerstattung ein anderes, als eines der drei preisgünstigsten oder als das Rabattarzneimittel der TBK abzugebendes wirkstoffgleiches Arzneimittel, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, hat er die entstehenden Mehrkosten zu tragen.
- II Zur Erstattung sind die entsprechenden Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die TBK bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen vom Versicherten selbst getragen werden. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der TBK entgangenen Rabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 20 Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

§ 21 Hospizbetreuung

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 6 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

§ 22 Häusliche Krankenpflege

- I Zusätzlich zur Behandlungspflege erhalten Versicherte als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlungen notwendig sind.
- II Der Anspruch besteht ohne zeitliche Begrenzung.

§ 23 Haushaltshilfe

- I Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die TBK die Kosten der Behandlung trägt.
- II Haushaltshilfe wird ferner gewährt, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist.
- III Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- IV Im Übrigen gelten die Regelungen des § 38 SGB V.

§ 24 Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- I Die TBK kann, neben den in dieser Satzung beschriebene Leistungen, Modellvorhaben allein oder zusammen mit anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbänden durchführen oder die Durchführung des jeweiligen Vorhabens mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.
- II Modellvorhaben verfolgen dabei übergeordnete Ziele:
 - 1. Die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung.
 - 2. Die Steigerung der Effizienz der medizinischen Versorgung.
 - 3. Durch innovative Ansätze die medizinische Versorgung voranzutreiben.
 - 4. Die Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen und am Bedarf der Versicherten der TBK auszurichten.
- III Modellvorhaben unterscheiden sich in Strukturmodelle nach § 63 Abs. 1 SGB V, welche der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen dienen, und Leistungsmodellen nach § 63 Abs. 2 SGB V. Diese dienen insbesondere der Optimierung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen.
- IV Die Dauer von Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens 8 Jahre. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zu Grunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können.
- V Modellvorhaben werden entsprechend § 65 SGB V wissenschaftlich begleitet.
- VI Die Teilnahme an Modellvorhaben ist freiwillig, sofern die Vorhaben eine Teilnahme vorsehen. Die Voraussetzungen und Modalitäten der Teilnahme sowie des Ausscheidens von Versicherten werden im jeweiligen Modell geregelt.

§ 24a unbesetzt

§ 25 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn Sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die nachstehend aufgeführten Punkte einmalig, einmal pro Kalenderjahr oder alle zwei Jahre im Bonusheft der TBK nachweisen. Die Bonuspunkte haben ab dem Tag der Ausgabe, 3 Jahre Gültigkeit. Dabei finden folgende Versicherte und die von ihnen durchgeführten Maßnahmen im Bonusmodell Berücksichtigung:

Einmalige Bonusleistungen

1. Die altersgerechte Kinderuntersuchungen (U1 – U11) bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres
2. Die altersgerechte Jugenduntersuchung (J1) bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
3. Versicherte, die das Deutsche Wanderabzeichen ablegen.
4. Versicherte, die das Deutsche Schwimmabzeichen (Jugendschwimmpass, Deutscher Schwimmpass und Deutscher Leistungsschwimmpass) in Gold nach den Kriterien des Deutschen Schwimmverbandes (DSV) ablegen.
5. Versicherte, die an einem Kurs zur Rauchentwöhnung teilnehmen.
6. Die Versicherte, die im Rahmen einer bestehenden Schwangerschaft Leistungen zur Mutterschaftsvorsorge in Anspruch nehmen.

Kalenderjährliche Bonusleistungen

7. Versicherte, die an den regelmäßigen Zahnvorsorgeuntersuchungen gem. § 21 Abs. 1 SGB V, § 22 Abs. 1 SGB V und § 30 Abs. 2 SGB V teilnehmen.
8. Weibliche Versicherte ab dem 20. Lebensjahr, die jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teilnehmen.
9. Männliche Versicherte ab dem 45. Lebensjahr die jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teilnehmen.
10. Versicherte ab dem 16. Lebensjahr, die aktiv am Betriebssport teilnehmen.
11. Versicherte, die das Sportabzeichen in Gold nach den Kriterien des Deutschen Olympischen Sportbundes (DSOB) ablegen.
12. Versicherte ab dem 7. Lebensjahr, die an qualitätsgesicherten Gesundheitskursen „Bewegung“ teilnehmen.
13. Versicherte ab dem 7. Lebensjahr, die an qualitätsgesicherten Gesundheitskursen „Gesunde Ernährung“ teilnehmen.
14. Versicherte ab dem 7. Lebensjahr, die an qualitätsgesicherten Gesundheitskursen „Entspannung“ teilnehmen.
15. Versicherte, die regelmäßig (mind. 2-mal wöchentlich) an Lauffreize einer Laufschule teilnehmen oder Mitglied in einer Betriebssportgemeinschaft bzw. in einem eingetragenen Sportverein sind, für welchen das Qualitätssiegel des DSB „Sport pro Gesundheit“ vergeben wurde. Eine regelmäßige Teilnahme an den Übungsveranstaltungen ist auf Verlangen nachzuweisen. Diese Teilnahme ist durch die Laufschule oder durch den/die Leiter/-in der Betriebssportgemeinschaft bzw. des Sportvereins zu bestätigen.
16. Versicherte, die aktive Mitglieder in einem Sportverein mit dem Qualitätssiegel des DSB „Sport pro Gesundheit“ sind. Der Nachweis ist schriftlich zu erbringen.
17. Versicherte, die nach den Richtlinien der Ständigen Impfkommission (STIKO) einen altersgerechten Impfstatus nachweisen.

Bonusleistungen - alle 2 Jahre

18. Versicherte, die ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teilnehmen.
19. Versicherte, die das von der TBK veranstaltete Haut-, Struma-, Oberbauch-, Darm-, Arteriosklerose-, Venen- oder Glaukom-Screening in Anspruch nehmen. Werden die Maßnahmen durch eigene Initiative des Versicherten bei einem Arzt durchgeführt, werden diese ebenfalls anerkannt.
20. Weibliche Versicherte, die an einem Mammographiescreening teilnehmen.

Es werden alle Aktivitäten berücksichtigt, welche die Versicherten im Quartal der Teilnahmebekundung und danach verwirklichten.

Wurden oben genannte Maßnahmen während eines Versicherungsverhältnisses bei einer anderen Krankenkasse durchgeführt, werden diese bei Vorlage eines Nachweises nach Maßgabe dieser Vorschrift ebenfalls akzeptiert, soweit dafür noch kein Bonus gewährt wurde.

- II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird von dem/der Arzt/Ärztin bzw. dem/der Anbieter/-in der Leistung im Bonusheft der TBK quittiert.
- III Der Bonus wird dem/der Versicherten in Form von Punkten für eine gesundheitsorientierte Sachprämie oder Geldprämie zur Verfügung gestellt. Die Punkte können dabei über mehrere Jahre (maximal 3 Jahre nach Erhalt des Bonusheftes) angespart werden.
- IV Der Bonus ist für alle in der TBK versicherten Familienangehörigen nachzuweisen.

§ 26 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

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

§ 26a Osteopathie ¹

- I Die Versicherten der TBK haben Anspruch auf osteopathische Behandlung, sofern diese Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
- II Zur Sicherstellung der Qualität der Behandlung dürfen nur Leistungserbringer in die Therapeutenliste aufgenommen werden, welche eine umfassende Ausbildung absolviert haben und sich regelmäßig fortbilden. Sie müssen Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen bzw. zum Beitritt berechtigt sein. Erfolgt die osteopathische Behandlung durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin ist eine Diagnoseerhebung und Verordnung der osteopathischen Behandlung durch einen Vertragsarzt erforderlich, es sei denn, dass der Physiotherapeut/ die Physiotherapeutin auf Grund einer eingeschränkten Kenntnisprüfung eine auf den Bereich der Physiotherapie beschränkte Heilpraktiker Erlaubnis erhalten hat.
- III Die TBK übernimmt die Kosten in Höhe von maximal 60 Euro je Sitzung. Der Anspruch besteht für maximal 5 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Versicherte der TBK, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Sitzung einen Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent des Erstattungsbetrages.

¹ Inkrafttreten am 01.01.2013

§ 26b Individual-Zahnprophylaxe

- I Die Versicherten der TBK haben einmal im Kalenderjahr Anspruch auf eine Individual-Zahnprophylaxe.
- II Die Individual-Zahnprophylaxe umfasst folgende Maßnahmen:
 - Erfassung des Mundhygienestatus
 - Aufklärung über die Krankheitsursachen inklusive zahnbezogener Ernährungshinweise
 - Professionelle Zahnreinigung
 - Mundhygienetraining
- III Die TBK übernimmt die Kosten für die professionelle Zahnreinigung. Der Anspruch umfasst eine Behandlung je Kalenderjahr in Höhe 90 Prozent des Rechnungsbetrages, maximal 60 Euro.

§ 26c Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtung (Homöopathie)

- I Die TBK erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, sofern
 - deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - die Verordnung auf ein Privatrezept erfolgte,
 - das Arzneimittel in einer Apotheke oder im Raum des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- II Die TBK erstattet die Kosten pro Arzneimittel nach Abs. I in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch bis zu einem Betrag von maximal 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
- III Im Übrigen gilt § 19 Abs. VI dieser Satzung.

§ 26d Vitaminpräparate als Vorsorge für Schwangere ²

- I Die TBK übernimmt für schwangere Versicherte alle nichtverschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Folsäure und Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate bis zu einem Betrag in Höhe von 150,00 € je Schwangerschaft.
- II Erstattet werden die pro Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung der Apotheke.
- III Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

² Inkrafttreten am 01.01.2013

§ 26e Zusätzliche Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen³

- I Die TBK zahlt ihren schwangeren Versicherten einen Zuschuss zu folgenden vorgeburtlichen nichtinvasiven Untersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:
 - zusätzliche Blutuntersuchungen wie. B-Streptokokken-Test, Toxoplasmose Test und die Untersuchung zur Feststellung von Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen,
 - zusätzliche Ultraschalluntersuchungen,
 - serologische Untersuchungen, im speziellen der Triple Test und das Erst-Trimester-Screening
- II Die Versicherten erhalten einen Zuschuss in Höhe von 90 Prozent der Kosten, maximal jedoch 170,00 € je Schwangerschaft. Um den Zuschuss zu erhalten, sind die Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxis/-praxen bzw. des Labors durch die Versicherte vorzulegen.
- III Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

§ 26f Psychotherapie durch nicht zugelassene Leistungserbringer⁴

- I Die TBK übernimmt Kosten für approbierte Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), die durch die Kassenärztliche Vereinigung keine Kassenzulassung erhalten haben.
- II Der Anspruch besteht, sofern Behandlungstermine bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitrahmens zur Verfügung stehen oder die Therapie gemäß fachärztlicher Bescheinigung geeignet ist, eine stationäre Krankenseinweisung zu vermeiden oder eine Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen.
- III Nur zugelassene und anerkannte Psychotherapieverfahren und Therapieformen nach dem Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) dürfen Anwendung finden.
- IV Im Übrigen gelten die Regelungen der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PsychothR).
- V Die TBK erstattet die Kosten in voller Höhe, jedoch maximal die vereinbarten Gebührensätze für kassenzugelassene Psychotherapeuten.
- VI Der gesetzliche Anspruch gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 1 SGB V, § 28 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie bleibt unberührt.

³ Inkrafttreten am 01.01.2013

⁴ Inkrafttreten am 01.01.2013

§ 26g Sehhilfen⁵

- I Die TBK zahlt einen Zuschuss über die in § 33 SGB V geregelten Ansprüche hinaus auf Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe.
- II Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Brillengläser und Kontaktlinsen werden bis zu einem Betrag von 100,00 € innerhalb von drei Kalenderjahren ersetzt. Der Anspruch auf erneute Zuschussung besteht, wenn sich die Refraktionswerte um mindestens 0,5 Dioptrien geändert haben.
- III Der Zuschuss kann nicht gewährt werden für Brillenfassungen, Zweitbrillen, Sportbrillen, One-Day-Linsen, Kontaktlinsen in farbiger Ausführung, die ausschließlich der Verstärkung oder Veränderung der körpereigenen Farbe der Iris dienen, und Reinigungs- und Pflegemittel.
- IV Zur Erstattung der Kosten sind der TBK die spezifizierten Originalrechnungen des Optikers vorzulegen. Dem Erstattungsantrag ist die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers beizufügen. Die Augenglasbestimmung des Optikers kann Bestandteil der Rechnung sein.
- V Der gesetzliche Anspruch gemäß § 33 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmittel in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsMR) bleibt unberührt.

§ 27 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 Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der/die Versicherte der TBK gegenüber schriftlich zu erklären, dass er/sie 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/sie von der TBK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er/sie bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der TBK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die TBK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

⁵ Inkrafttreten am 01.01.2013

Teil F – Wahltarife

§ 28 Wahltarife

Die TBK bietet Wahltarife nach § 53 SGB V an. Dadurch besteht die Möglichkeit, sich nach individuellen Bedürfnissen zu versichern. Neben der individuellen Wahlmöglichkeit besteht das Ziel des Angebotes an Wahlтарifen darin, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.

§ 28a Wahlтарif hausarztzentrierte Versorgung

- I Die TBK 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/Hausärztinnen, Gemeinschaften von Hausärzten/Hausärztinnen, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten/Hausärztinnen dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die TBK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer/-innen und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Der/Die Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TBK stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen zur Verfügung.
- III Der/Die Versicherte ist an die Wahl des/der Hausarztes/Hausärztin sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er/sie soll den/die gewählten/gewählte Hausarzt/Hausärztin nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl des/der Hausarztes/Hausärztin sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens nach Ablauf eines Jahres erfolgen. Der/Die Versicherte scheidet dann zum Ende des laufenden Quartals aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Danach ist die Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Diese ist der Krankenkasse schriftlich zu erklären.
- IV Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die TBK im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB V i.V. mit § 61 Satz 1 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 20 EUR im Jahr.⁶ Voraussetzung ist, dass diese Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme des/der nach Absatz I gewählten Hausarztes/Hausärztin geleistet worden sind.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

⁶ Inkrafttreten am 01.01.2013

§ 28b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I Die TBK führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

- II Versicherte, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 40 EUR pro Jahr.⁷ Die Prämie nach Satz 1 wird jeweils nach 12 Monaten der ununterbrochenen Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.

§ 28c Wahltarif integrierte Versorgung

- I Die TBK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Die TBK führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der/Die Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TBK stellt dem/der Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- III Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die TBK im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB V i.V. mit § 61 Satz 1 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 10 EUR im Jahr.⁸

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

⁷ Inkrafttreten am 01.01.2013

⁸ Inkrafttreten am 01.01.2013

§ 29 Wahltarife Krankengeld für Selbstständige und bestimmte Arbeitnehmer

I Allgemeines

Die TBK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

II Anspruch

1. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht und sie den Krankengeldanspruch nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 (gesetzlicher Anspruch aufgrund einer Wahlerklärung) gewählt haben. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der TBK bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend.

2. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
 - a. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif KG 1),
 - b. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif KG 2)

(Karenzzeit), 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. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz VII Nr. 1 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben oder den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif mit Wirkung vom 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. 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.

3. Für Mitglieder nach § 319 Abs. 2 Satz 1 SGB V gilt § 14 der Satzung in der Fassung bis zum 31. Juli 2009 entsprechend fort.
4. Für den Anspruch auf Krankengeld 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. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Die TBK 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 Abs. 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 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises.
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/ Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden.
 - mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz VIII mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der TBK.
 - mit dem Tag, an dem der Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld endet.

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

III Höhe

1. Die Höhe des Krankengeldes aus diesem Wahltarif beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten 10 v.H. des gesetzlichen Krankengeldes nach § 47 SGB V.
2. Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder wählen die Höhe des Krankengeldes nach eigenem Ermessen, gestaffelt in Stufen von 5,00 € pro Kalendertag. Das gewählte Krankengeld darf jedoch 70 v.H. des zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegten Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens, maximal jedoch 70 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung, nicht übersteigen.
3. Mitglieder nach Nr. 2 haben auf Verlangen der TBK ihr Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitgelts/ Arbeitseinkommens ist der TBK unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über 70 v.H. 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 Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

IV Zahlung

Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz II Nr. 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 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

V Dauer

1. Bei Mitgliedern nach § 53 Abs. 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V haben, besteht nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

2. Bei Mitgliedern nach § 53 Abs. 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 3 SGB V haben, besteht Anspruch auf Krankengeld aus diesem Wahltarif für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zu deren 42. Tag.

VI Ruhen

1. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/ Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
2. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 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.

VII Wahl/Beginn/Laufzeit

1. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V – mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der TBK folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der TBK gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft.
2. Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.10.2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 30. September 2009 gestellt. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.
3. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

VIII Kündigung

1. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 volle Kalendermonate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der TBK. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der TBK vorbehaltlich Absatz 2 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
2. 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 Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen. Das Sonderkündigungsrecht greift nur, wenn der Wahltarif innerhalb von 2 Kalendermonaten nach Eintreten des Ereignisses gekündigt wird.

IX Wechsel

1. Ein Wechsel innerhalb des gewählten Tarifs, um den Krankengeldanspruch zu erhöhen bzw. zu senken, ist von den in § 46 Satz 3 SGB V genannten Personen durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit und wenn zum Zeitpunkt der Wahl eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Laufzeit der neu gewählten Krankengeldhöhe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der TBK folgenden Kalendermonats. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels eine Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die neu gewählte Krankengeldhöhe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der leistungserweiternden Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel eine Wartezeit von 3 Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach dieser Nr. oder Nr. 2 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte

Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

2. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe während einer Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldzahlung hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz III Nr. 2 die gewählte Krankengeldhöhe unterschreiten. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der TBK über das Unterschreiten folgt.

X Prämien

1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in der Tarifgruppe KG 1 (Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V) 10,00 €.
2. Für Mitglieder nach § 46 Satz 3 SGB V ergibt sich die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie wie folgt:

Tarif KG 2	Tarif- gruppe 5 €	Tarif- gruppe 10 €	Tarif- gruppe 15 €	Tarif- gruppe 20 €	Tarif- gruppe 25 €	Tarif- gruppe 30 €	Je weitere 5 €
	7,80€	15,60 €	23,40 €	31,20 €	39,00 €	46,80 €	7,80 €

3. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die TBK zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen IX 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 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z. B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.

4. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
5. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 GKV – VSTG (Verwaltungs- und Vollstreckungsgesetz) erhoben. Für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges sind zudem Verzugszinsen in Höhe von 1 Prozent auf die rückständigen, auf 50 EUR nach unten abgerundeten, Prämien zu zahlen.
6. Die TBK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Teil G – Angebot privater Zusatzversicherungen

§ 30 Kooperation mit der PKV

Die TBK kann ihren Versicherten Versicherungsergänzungsverträge durch eine private Krankenversicherung vermitteln.

Teil H – Aufsicht und Mitgliedschaft

§ 31 Aufsicht

Die Aufsicht über die TBK führt das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit in Erfurt.

§ 32 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die TBK gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01. Januar 2015 spätestens nach Genehmigung durch die zuständige Rechtsaufsicht in Kraft. Die Satzung wurde am 01. Dezember 2014 vom Verwaltungsrat der Vertreterversammlung beschlossen.

Erfurt, 01. Dezember 2014

Gabi Fischer
Verwaltungsratsvorsitzende

Martin Ganz
Verwaltungsratsvorsitzender

Anlage 1 zum § 5 der Satzung der TBK Entschädigungsregelung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates

- I Soweit in dieser Entschädigungsregelung nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten für die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates und deren Ausschüsse die Regelungen des Thüringer Reisekostengesetzes in der aktuellen Fassung entsprechend.

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

1. Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten erstattet.

Im Einzelnen gilt:

- a. Bahnreisen in der 2. Klasse sowie die Benutzung von IC und ICE sind gestattet.
- b. die Flugzeugbenutzung ist dann gestattet, wenn zeitliche oder wirtschaftliche Gründe dies rechtfertigen.
- c. private Kraftfahrzeuge können benutzt werden, wenn öffentliche Verkehrsmittel aus zeitlichen und wirtschaftlichen Gründen nicht in Betracht kommen,
- d. die Wegstreckenentschädigung für die Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs beträgt 30 Cent pro Kilometer.

2. Unterbringungskosten

Die Kosten für die Unterbringung von Mitgliedern des Verwaltungsrates übernimmt zentral die TBK. Sollte ein Mitglied des Verwaltungsrates auf die angebotene Unterbringung verzichten, so werden diesem auf Nachweis die Kosten für die in Anspruch genommene Unterkunft, höchstens jedoch die entsprechenden Kosten, die in dem durch die TBK gebuchten Hotel entstanden wären, erstattet.

Dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit wird bei der Buchung zentral durch die TBK Rechnung getragen.

- II Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag kann die Übernahme der Kosten gemäß dieser Anlage nur einmal erfolgen.