



Satzung

der Siemens-Betriebskrankenkasse

vom 1. Januar 2010

(Stand: 19.03.2015 einschl. 27. Nachtrag)

Inhalt

	Seite
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	4
§ 2 Organe der SBK.....	4
§ 3 Verwaltungsrat.....	5
§ 4 Vorstand.....	7
§ 5 Widerspruchsausschuss.....	9
§ 6 Weitere Ausschüsse.....	10
§ 7 Mitgliedschaft.....	11
§ 8 Wahlmöglichkeiten.....	14
§ 9 Kündigung der Mitgliedschaft.....	14
§ 10 Aufbringung der Mittel.....	14
§ 11 Höhe der Rücklage.....	15
§ 12 Bemessung der Beiträge.....	15
§ 13 Höhe der Beitragssätze.....	15
§ 14 Fälligkeit der Beiträge.....	15
§ 15 Leistungen.....	16
§ 15 a Leistungsausschluss.....	17
§ 15 b Wahltarif Selbstbeteiligung (Wortlaut bis 31.12.2014).....	17
§ 15 b Wahltarif Selbstbehalt (In Kraft mit Wirkung zum 1.1.2015).....	20
§ 15 c Wahltarif Zahngesundheit.....	22
§ 15d Integrierte Versorgung.....	24
§ 15 e Hausarztzentrierte Versorgung.....	25
§ 15 f Wahltarif für besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V).....	27
§ 16 Prävention.....	28
§ 16 a Bonusprogramm.....	29
§ 16 b Strukturierte Behandlungsprogramme.....	32
§ 16 c Krankheitsverhütung.....	32
§ 16 d Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.....	32
§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	37
§ 18 Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe.....	38
§ 19 Wahltarife Krankentagegeld.....	38
§ 20 Kostenerstattung.....	39
§ 20 a Weitere Kostenerstattungsregelungen zur europaweiten.....	39
Inanspruchnahme von Leistungen.....	39
§ 20 b Kostenerstattung Arzneimittel.....	40

§ 20 c Verträge mit europäischen Leistungserbringern.....	41
§ 20 d Teilkostenerstattung für DO-Angestellte	42
§ 21 Private Zusatzversicherungsverträge.....	42
§ 22 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	42
§ 22 a Osteopathie	42
§ 22 b Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	43
§ 22 c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung	43
§ 22 d Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung	44
§ 22 e Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Onkologie	44
§ 22 f Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Orthopädie.....	46
§ 22 g Rufbereitschaft Hebammen	47
§ 22 h Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge	48
§ 23 Auskünfte über Abrechnungsdaten	48
§ 24 Aufsicht.....	48
§ 25 Mitgliedschaft zum Landesverband.....	48
§ 26 Bekanntmachungen; öffentliche Zustellung.....	49
§ 27 Modellvorhaben (leer)	49
§ 28 Ausgleichsverfahren	49
Artikel II	50
Inkrafttreten	50
Genehmigung der Satzung.....	50
Anlage 1	53
Anlage 1 a.....	59
Anlage 2 zu § 3 Abs. IX der Satzung	64
Anlage 3 zu § 27 der Satzung (leer)	67
Anlage 4 zu § 28 – Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1/U 2).....	68
Anlage 5 zu § 16 b	71
Anlage 6 zu § 15 b (entfällt mit Wirkung zum 01.01.2015 ersatzlos).....	73
Anlage 7 zu § 19 Wahltarife Krankentagegeld.....	82

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I.

¹Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK).

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

³Sie hat ihren Sitz in Heidenheim.

II.

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

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

§ 2 Organe der SBK

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

§ 3 Verwaltungsrat

I.

1. ¹Das Selbstverwaltungsorgan der SBK ist der Verwaltungsrat. ²Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. ¹Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. ²Wird als Vorsitzender ein Vertreter der Versicherten gewählt, so ist der Vertreter des Arbeitgebers stellvertretender Vorsitzender; wird als Vorsitzender der Vertreter des Arbeitgebers gewählt, so ist als sein Stellvertreter ein Vertreter der Versicherten zu wählen. ³Abweichend von § 49 Abs. 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:⁴Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Absatz1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. ⁵Er hat bei 0 bis 20 Versicherten eine Stimme, 21 bis 50 Versicherten zwei Stimmen, 51 bis 100 Versicherten drei Stimmen und je weiteren 1 bis 100 Versicherten eine weitere Stimme.
4. ¹Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach jeweils einem Jahr.²Der Wechsel im Vorsitz tritt zum 1.4. eines jeden Jahres ein.

II.

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

III.

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

²Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

5. einen leitenden Beschäftigten der SBK mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
8. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen bzw. mit den in § 171 a SGB V (kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen) genannten Krankenkassen zu beschließen,
9. über eine Amtsenthebung oder Amtsentbindung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Mitglieder des Vorstandes zu entscheiden,
10. über die Bestellung des Wahlausschusses für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen zu beschließen.
11. Für jedes Geschäftsjahr ist zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

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

IV.

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

V.

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

VI.

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

VII.

¹Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei

1. Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,

2. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
3. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

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

VIII.

¹Der Verwaltungsrat vertritt die SBK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.

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

IX.

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

X.

Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 4 Vorstand

I.

Dem Vorstand der SBK gehören zwei Mitglieder an.

II.

Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III.

¹Der Vorstand verwaltet die SBK. ²Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
6. die SBK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der SBK abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen. § 63 Absatz 4 SGB IV gilt entsprechend.

IV.

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

V.

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

VI.

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

VII.

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

§ 5 Widerspruchsausschuss

I.

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

II.

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

III.

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

§ 6 Weitere Ausschüsse

I.

Hauptausschuss/Grundsatzfragen

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

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

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

II.

Rechnungsprüfungsausschuss

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

⁴Aufgabe des Rechnungsprüfungsausschusses ist die Prüfung der Jahresrechnung. ⁵Er kann zu diesem Zweck bereits während des Jahres sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. ⁶§ 63 Absätze 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

III.

Sonstige Ausschüsse

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

§ 7 Mitgliedschaft

I.

Pflichtmitglieder der SBK sind, wenn und solange

- die gesetzlichen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllt sind,
- die SBK nach den gesetzlichen Bestimmungen oder aufgrund der Ausübung von Wahlrechten zuständig ist und
- die Personen nicht kraft Gesetzes oder auf Antrag von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit sind,

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; als Beschäftigte 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 zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten 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. selbständige 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 Berufsausbildungsförderungsgesetz 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 seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren.
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 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. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II.

Freiwillige Mitglieder (§ 9 SGB V) können sein, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen für den Beitritt erfüllt sind und die SBK kraft Gesetzes oder auf Antrag zuständig ist,

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
2. Personen, deren Familienversicherung endet oder bei Kindern nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
3. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. Spätaussiedler sowie deren Ehegatten und Kinder unter den in § 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V genannten Voraussetzungen.

III.

Der Beitritt ist der SBK innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes II Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes II Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach der Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes II Nr. 3 nach Feststellung der Behinderung i.S.d. Neunten Buches Sozialgesetzbuch,
4. im Falle des Absatzes II Nr. 4 nach Aufnahme der Beschäftigung,
5. im Falle des Absatzes II Nr. 5 nach Rückkehr in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

IV.

¹Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. ²Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der SBK durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 8 Wahlmöglichkeiten

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

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bei der SBK bestanden hat oder
3. deren Ehegatte¹ bei der SBK versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der SBK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die SBK besteht, und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse bzw. einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

§ 9 Kündigung der Mitgliedschaft

I.

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

II.

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

§ 10 Aufbringung der Mittel

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

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

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Bemessung der Beiträge

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

§ 13 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die SBK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 14 Fälligkeit der Beiträge

I.

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

II.

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

III.

¹Die SBK kann von Arbeitgebern, die

1. länger als zwei Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
2. sich in einem Vergleichsverfahren befinden oder

3. sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
5. keine Beitragsnachweise einreichen,

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

IV.

¹Dem gesetzlich vorgeschriebenen Beitreibungsverfahren geht ein Mahnverfahren voraus. ²Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr erhoben. ³Die Mahngebühr wird nach den Bestimmungen des § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) berechnet. ⁴Die Mahngebühr wird auf volle Euro aufgerundet.

V.

Im Übrigen wird zur Fälligkeit auf die Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze) in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.“

§ 15 Leistungen

I.

¹Die Versicherten der SBK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

²Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II.

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

§ 15 a Leistungsausschluss

I.

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

II.

¹Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. ²Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. ³Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 15 b Wahltarif Selbstbeteiligung (Wortlaut bis 31.12.2014)

I.

¹Volljährige Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der SBK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbeteiligung). ²Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.

³Die Teilnahmebedingungen am „Selbstbeteiligungstarif der SBK“ sind als Anlage 6 zu § 15 b Bestandteil dieser Satzung.II.

Bei einem

Jahreseinkommen ab 7.200 EUR beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 120 EUR²,
Jahreseinkommen ab 16.000 EUR beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 250 EUR,
Jahreseinkommen ab 24.000 EUR beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 390 EUR,
Jahreseinkommen ab 30.000 EUR beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 540 EUR,
Jahreseinkommen ab 36.000 EUR beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 700 EUR,
Jahreseinkommen ab 42.000 EUR beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 900 EUR.

² Pflichtversicherte Studenten und Auszubildende mit einem geringeren Jahreseinkommen können ebenfalls diese Selbstbeteiligung für sich wählen.

III.

¹Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbeteiligungstarif erstattet die SBK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. ²Die Prämie beträgt bei einer

jährlichen Selbstbeteiligung von 120 EUR jährlich 100 EUR,
jährlichen Selbstbeteiligung von 250 EUR jährlich 200 EUR,
jährlichen Selbstbeteiligung von 390 EUR jährlich 300 EUR,
jährlichen Selbstbeteiligung von 540 EUR jährlich 400 EUR,
jährlichen Selbstbeteiligung von 700 EUR jährlich 500 EUR,
jährlichen Selbstbeteiligung von 900 EUR jährlich 600 EUR,

höchstens jedoch 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

³Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich für das abgelaufene Kalenderjahr. ⁴Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen. ⁵Die Prämienzahlung an das Mitglied darf bis zu 20% für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V 30% der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600 EUR, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V 900 EUR jährlich betragen.

IV.

¹Die Wahl des Selbstbeteiligungstarifs kann bis zum 31. Januar eines Jahres mit Wirkung zum 1. Januar dieses Jahres erklärt werden. ²Mit Zustimmung der SBK ist eine unterjährige Teilnahme möglich, z.B. für den Fall der unterjährigen Begründung einer SBK-Mitgliedschaft. ³In diesen Fällen wird die Teilnahme bis zum Monatsende mit Wirkung für den nächsten Monatsersten erklärt. ⁴Soweit das Mitglied eine Selbstbeteiligung während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbeteiligung nach Absatz 2 und die Prämienzahlung nach Absatz 3 anteilig berechnet. ⁵Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen.

V.

¹Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V und § 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V genannten Leistungen zur Gesundheitsförderung, Vorsorge und Gesundheitsprävention mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. II und §§ 24 – 24b SGB V werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

²Die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V Mitversicherter werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet. ³Weitere Leistungen, die nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden, sind ambulante vertragsärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen.

VI.

¹Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz V in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf die Selbstbeteiligung grundsätzlich in Höhe der der SBK tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

²Werden vertragsärztliche Leistungen mit Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, so wird die ärztliche Leistung pauschal auf die Selbstbeteiligung angerechnet. ³In diesem Fall

wird für die vertragsärztliche Leistung eine Pauschale in Höhe von 25 Euro je Arztkontakt berechnet. ⁴Werden vertragsärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung der vertragsärztlichen Leistungen auf die Selbstbeteiligung.

⁵Zahnarztkontakte werden pauschal mit 70 €/Quartal auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

⁶Als Zahnarztkontakte gelten nur solche Zahnarztbesuche, bei denen eine Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten ist, die also nicht der reinen Prophylaxe dienen. ⁷Kosten für Zahnarztkontakte, die der reinen Prophylaxe dienen und bei denen folglich keine Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V zu zahlen ist, werden auf die Selbstbeteiligung nicht angerechnet.

VII.

¹Die Bindungsfrist an den Selbstbeteiligungstarif der SBK beträgt drei Jahre. ²Sie beginnt mit Beginn der Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif der SBK nach Absatz 4. ³Die Mitgliedschaft bei der SBK kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

⁴Für den Selbstbeteiligungstarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Weiterführung des SBK-Selbstbeteiligungstarifs eine unverhältnismäßige Härte für das Mitglied bedeuten würde. ⁵Die Kündigung kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende erfolgen.

⁶Der Selbstbeteiligungstarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. ⁷Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen.

⁸Die SBK ist berechtigt, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzeinsparungen durch den Selbstbehalt finanzieren lassen. ⁹Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der SBK die Schließung des Tarifs anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. ¹⁰Voraussetzung für eine Kündigung durch die SBK ist, dass die Aufsichtsbehörde der SBK die Änderung und/oder Auflösung des Tarifs genehmigt.

§ 15 b Wahltarif Selbstbehalt (In Kraft mit Wirkung zum 1.1.2015)

I. Teilnahme

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

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

⁴Der Tarif kann immer zum 1. eines Monats begonnen werden, jedoch nicht rückwirkend. ⁵Wenn der Tarif während des laufenden Kalenderjahres gewählt wird, werden der Selbstbe-

halt und die Prämienzahlung anteilig mit einem Zwölftel pro Monat berechnet. ⁶Für jeden angefangenen Monat einer Ruhezeit werden Prämie und Selbstbehalt anteilig mit einem Zwölftel pro Monat reduziert.

II. Höhe der Prämie und des Selbstbehalts

¹In Abhängigkeit des Einkommens betragen die jährliche Prämie und der jährliche Selbstbehalt:

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

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

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

III. Anrechnung von Leistungen

¹Nachfolgende Leistungen der SBK werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet:

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

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

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

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

⁸Davon ausgenommen sind Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland, die nach Vorlage der Europäischen Krankenversichertenkarte oder einer entsprechenden Anspruchsbescheinigung erbracht wurden. ⁹Diese Kosten werden pauschal mit 450 € je Be-

handlungstag auf den Selbstbehalt angerechnet. ¹⁰Das Mitglied meldet der SBK die Dauer und den Zweck der entsprechenden Behandlungen.

¹¹Als Stichtag für die Anrechnung auf den Selbstbehalt gilt der Tag des Behandlungsbeginns.

IV. Bindung an den Tarif und die SBK

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

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

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

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

V. Kündigung und Beendigung des Tarifs durch die SBK

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

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

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

§ 15 c Wahltarif Zahngesundheit

I. Teilnahmeberechtigung

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

II. Beginn der Teilnahme

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

III. Maximale Höhe der Prämie und des Selbstbehalts

1. Die SBK bietet den Tarif zu folgenden Konditionen an:
 - (a) Jährliche Prämie: 60€.
 - (b) Maximaler jährlicher Selbsthalt: 180€.
2. ¹Die Prämienzahlung an das Mitglied darf bis zu 20% für einen oder mehrere 30% der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600 EUR, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V 900 EUR jährlich betragen. ²Es werden nur die während der Laufzeit des Tarifs gezahlten Beiträge berücksichtigt.

IV. Prämienzahlung

Die Prämie wird zu Beginn des Tarifjahres ausbezahlt.

V. Auf den Selbstbehalt anrechenbare Leistungen (selbstbehaltsschädliche Leistungen)

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

²Dies gilt für die Kosten für:

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

³Als Stichtag für die Anrechnung auf den Selbstbehalt gilt der Tag des Behandlungsbeginns.

VI. Bindungsfrist an den Tarif

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

VII. Verlängerung nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist

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

VIII. Verfahren bei Tarifänderungen

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

IX. Beendigung

1. Der Tarif kann durch das Mitglied unter Einhaltung der Bindungsfristen nach Absatz VI und VII einen Monat vor Ablauf des Tarifjahres gekündigt werden.
2. Der Tarif endet automatisch, wenn die Prämie des Tarifs um mehr als 10% reduziert oder der Selbstbehalt um mehr als 10% erhöht wird.
3. Das Mitglied kann die Teilnahme am Selbstbehalttarif der SBK in besonderen Härtefällen mit einer Frist von einem Kalendermonat kündigen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII.
4. Die SBK ist verpflichtet, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Tarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehalttarifs „Zahngesundheit“ finanzieren lassen (§ 53 Absatz IX SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot).
5. ¹Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der SBK die Tarifschließung anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. ²Voraussetzung für eine Kündigung durch die SBK ist, dass die Aufsichtsbehörde der SBK die Tarifauflösung genehmigt.

X. Ausschluss der Kündigung der Mitgliedschaft

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

§ 15d Integrierte Versorgung

I.

¹Die SBK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsleistungen nach §§ 140a ff SGB V auf der Grundlage

von Verträgen an. ²Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II.

¹Die SBK führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V. ²Das 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. ³Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. ⁴Die SBK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

III.

¹Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die integrierte Versorgung. ²Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. ³Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

IV.

¹Die Versicherten können ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Siemens-Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. ²Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Siemens-Betriebskrankenkasse. ³Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Siemens-Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. ⁴Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. ⁵Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. ⁶Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. ⁷Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 15 e Hausarztzentrierte Versorgung

I.

¹Die SBK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. ²Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II.

1Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber der SBK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte 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 unberührt.

III.

1Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die hausarztzentrierte Versorgung. 2Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. 3Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

IV.

1Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach diesem Paragraphen ein Jahr gebunden (Ende der freien Arztwahl). 2Die Versicherten können ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der SBK ohne Angabe von Gründen widerrufen. 3Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die SBK. 4Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die SBK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. 5Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. 6Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. 7Die 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. 8Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

V.

1Kosten, die durch Verstöße des teilnehmenden Versicherten gegen die freiwillige Verpflichtung nach Absatz II und III entstehen, werden dem Versicherten auferlegt. 2Teilnehmende Versicherte, die gegen ihre freiwillige Verpflichtung nach Abs. II und III verstoßen, werden zudem mit Ablauf der jeweiligen jährlichen Bindefrist von der weiteren Teilnahme am Tarif ausgeschlossen und können den Tarif für sich nicht mehr wählen.

VI.

1Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. 2Die SBK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. 3Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. 4Die SBK stellt den teilnehmenden Versicherten auf Wunsch dieses Verzeichnis zur Verfügung.

§ 15 f Wahltarif für besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V)

I.

Die SBK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere 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.

II.

Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den abgeschlossenen Verträgen. Die SBK führt insoweit als Anlage zu dieser Satzung ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere, neben den in Abs. 3 Satz 2 genannten Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die SBK stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

III.

Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz 2 für die Dauer der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gebunden. Der Versicherte soll während dieser Zeit entgegen der schriftlichen Verpflichtung nach § 73c Absatz 2 Satz 1 SGB V andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer ohne Überweisung wg. dieser Erkrankung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Der Versicherte kann die Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes nach Satz 2 jederzeit kündigen.

IV.

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.

V.

Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der SBK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die SBK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die SBK 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 Zugänglichkeit 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.

§ 16 Prävention

I.

¹Die Kasse gewährt ausgewählte Leistungen zur primären Prävention. ²Maßnahmen zur primären Prävention sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten verhindern oder verzögern. ³Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Handlungsleitfaden) in der jeweils gültigen Fassung.

⁴Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:

- Bewegungsgewohnheiten
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Ernährung
 - Vermeidung von Mangel und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Stressbewältigung/Entspannung
 - Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken

- Suchtmittelkonsum.
 - Förderung des Nichtrauchens
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

II.

¹Die Kasse gewährt Leistungen grundsätzlich als Sachleistung. ²Für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention nach Abs. 1 ist für Versicherte ein Eigenanteil in Höhe von 25 vom Hundert vorzusehen.

III.

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

§ 16 a Bonusprogramm

I.

Versicherte können am Bonusprogramm „Gesundheitskonto“ (Wort „Gesundheitskonto“ gestrichen mit Wirkung zum 1.1.2015) für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Die Teilnahme am Bonusprogramm erklärt der Versicherte oder der gesetzliche Vertreter schriftlich oder mündlich. Die Teilnahme endet auf Widerruf, mit dem Eingang der schriftlichen Kündigung sowie bei Beendigung der Versicherung bei der SBK.

II.

Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 16 sowie Maßnahmen zum Nachweis eines positiven Gesundheitsstatus in Anspruch nehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistung durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.

III.

Der Bonus wird an die am Bonusprogramm teilnehmenden Versicherten ausgezahlt. Die Boni können ab dem Tag des Erhalts des Bonusheftes jeweils bis zum 31.12. eines Jahres (Kalenderjahr) gesammelt werden.

IV.

Der Bonus wird als Zuzahlungsermäßigung oder Geldprämie gewährt. Die gesammelten Boni können jederzeit während des jeweiligen Kalenderjahrs eingelöst werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres können die Boni noch bis spätestens 31.03. des Folgejahres eingelöst werden. Danach verfällt der Anspruch auf Einlösung der Boni aus dem Vorjahr. Der Anspruch verfällt ebenfalls bei Beendigung der Versicherung bei der SBK.

V.

Hinsichtlich der bonifizierten Maßnahmen sowie deren Nachweis für Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres gilt:

Es können maximal 10 Maßnahmen bonifiziert werden. Voraussetzung für die Bonifizierung einer geringeren Anzahl ist, dass mindestens zwei Leistungen durch den Versicherten nachgewiesen werden. Jede Maßnahme kann maximal einmal pro Jahr bonifiziert werden.

Im ersten Jahr der Teilnahme am Bonusprogramm, beträgt der Bonus für die ersten beiden Maßnahmen jeweils 22,50 Euro für jede weitere Maßnahme 10 Euro. Im Folgejahr beträgt der Bonus 10 Euro je Maßnahme.

Zahnvorsorge:

einmal jährliche Kontrolle beim Zahnarzt oder PZR,
Nachweis: Stempel/Unterschrift Zahnarzt

Ärztliche Gesundheitsuntersuchung:

Teilnahmeberechtigt: Frauen und Männer nach § 25 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

Gesetzliche Krebsfrüherkennung:

Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der jeweils gültigen Fassung.
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt,

Individueller Impfschutz Inland:

Durchführung einer Schutzimpfung im Inland (alle von der SBK zu übernehmenden Schutzimpfungen nach § 20 d Absatz 1 SGB V).
Nachweis: Stempel/ Unterschrift durch Arzt

Individueller Impfschutz Ausland:

Durchführung einer Auslandschutzimpfung.
Nachweis: Stempel /Unterschrift durch Arzt

SBK-Gesundheitsaktionen im Unternehmen

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V,
Nachweis: Bestätigung durch SBK

Schwangerenvorsorge

Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft nach § 24 d SGB V,
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

Jugenduntersuchung (*in Kraft mit Wirkung zum 1.1.2015*)

Dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Jugenduntersuchung J2 (§ 73c SGB V i.V.m § 15f)
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

Regelmäßige körperliche Bewegung - Sportabzeichen

Schwimm-/Sportabzeichen vom Deutschen Olympischen Sportbund,
Nachweis: Urkunde

Regelmäßige körperliche Bewegung - Mitgliedschaft Sportverein oder Fitness-Studio

aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder qualitätsgesicherten Fitness-Studio,
Nachweis: Stempel/ Unterschrift des Anbieters / Teilnahmebescheinigung

Regelmäßige körperliche Bewegung - Fit und Aktiv

sportliche Outdoor-Aktivitäten bei denen das gemeinsame Bewegungstraining im Vordergrund steht (organisierte Wanderungen über deutscher Wanderverband oder deutscher Alpenverein, Mountainbike-Kurse, Kletterkurse, Radtouren über ADFC),
Nachweis: Teilnahmebescheinigung

Voraussetzung ist, dass die Veranstaltungen unter qualifizierter Leitung durchgeführt werden. Den Nachweis für die Teilnahme erbringt der Kunde durch den Stempel des autorisierten Übungsleiters. Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

VI.

Hinsichtlich bonifizierbaren Maßnahmen sowie deren Nachweis für Kinder (bis zum 15. Lebensjahr) gilt:

Es können maximal 6 Maßnahmen bonifiziert werden. Voraussetzung für die Bonifizierung einer geringeren Anzahl ist, dass mindestens zwei Leistungen durch den Versicherten nachgewiesen werden. Jede Maßnahme kann maximal einmal pro Jahr bonifiziert werden.

Der Bonus beträgt 10 Euro je Maßnahme.

Zahnvorsorge

mind. einmal jährliche Kontrolle beim Zahnarzt,
Nachweis: Stempel/Unterschrift Zahnarzt

Teilnahme U-Untersuchungen

Dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Kinderuntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V, die Untersuchung U7a und U10;
Nachweis: Stempel/ Unterschrift durch Arzt

Mit Wirkung zum 1.1.2015 neu gefasst:

Teilnahme Kinder- und Jugenduntersuchungen

Dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Kinder und Jugenduntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V, die Untersuchungen U10, U11 (§73c SGB V i.V.m. § 15f)

Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt

Schutzimpfungen

Durchführung einer Schutzimpfung (alle von der SBK zu übernehmenden Schutzimpfungen nach § 20 d SGB) und damit vollständiger Impfstatus,
Nachweis: Stempel/ Unterschrift durch Arzt

Regelmäßige körperliche Bewegung

-Sportabzeichen

Abnahme Sportabzeichen
Nachweis: durch Verein bzw. Veranstalter

-Schwimmabzeichen

Abnahme Schwimmabzeichen
Nachweis: durch Verein bzw. Veranstalter

Regelmäßige körperliche Bewegung – Mitgliedschaft Sportverein oder Teilnahme Sportkurs

Aktives Mitglied im Sportverein oder Teilnahme an einem Sportkurs,
Nachweis: durch Verein bzw. Veranstalter

§ 16 b Strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in Anlage 5 aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 16 c Krankheitsverhütung

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

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

§ 16 d Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Teilnahme

I.

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

II.

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

- Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und die miteinander verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

leben, zusammen für sich und deren nach § 10 SGB V mitversicherten Kinder. Die Wahl dieses Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung der beiden Mitglieder.

- Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und deren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen
- und jeweils die selbst bei der SBK versicherten Kinder der am Familientarif teilnehmenden Mitglieder, bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden.

III.

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

IV.

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

Leistungen

V.

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

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

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

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

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

Es gelten die folgenden jährlichen Rechnungshöchstbeträge:

A.) Einzeltarif

Altersklassen (Alter in Jahren)	Rechnungshöchstbetrag (in Euro)
12 – 20	= 180
21 – 30	= 180
31 – 40	= 180
41 – 50	= 200
51 – 60	= 200
über 60	= 200

B.) Familientarif

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

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

Prämien

VI.

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

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

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie im Einzeltarif beträgt:

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

über 60 = 14,90

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie im Familientarif beträgt:

Altersklassen (Alter des ältesten Teilnehmers in Jahren)	monatliche Prämie (in Euro)
12 – 20	= 7,90
21 – 30	= 8,90
31 – 40	= 9,90
41 – 50	= 12,90
51 – 60	= 15,90
über 60	= 19,90

VII.

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

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

Abrechnung/Boni

VIII.

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

A.) Einzeltarif

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

über 60 = 89 €

B.) Familientarif

Altersklassen (Alter des ältesten Teilnehmers in Jahren)	Bonus 1 bei Erstattung bis max
12 – 20	= 47 €
21 – 30	= 53 €
31 – 40	= 59 €
41 – 50	= 77 €
51 – 60	= 95 €
über 60	= 119 €

IX.

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

A.) Einzeltarif

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

B.) Familientarif

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

Beim Familientarif werden die Arzneimittelausgaben für schulmedizinische Arzneimittel der Tarifteilnehmer addiert.

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

Bindefrist/Tarifwechsel/Kündigung

X.

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

XI.

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

XII.

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

XIII.

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

XIV.

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

§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen

¹Die SBK gewährt ambulante Vorsorgeleistungen nach Maßgabe des § 23 Abs. 2 SGB V und übernimmt als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe kalendertäglich € 13,--. ²Die Maßnahmen sollen in einem unter Beachtung der anerkannten Indikationsgebiete geeigneten Heilbad oder Kurort durchgeführt werden. ³Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss nach § 23 Abs. 2 SGB V € 21,-- täglich.

§ 18 Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe

I.

¹Versicherte erhalten neben einer zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlichen Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu zwei Stunden täglich und bis zu 26 Wochen je Krankheitsfall. ²In begründeten Ausnahmefällen, d.h. wenn ein entsprechender Versorgungsbedarf festgestellt wird, kann diese Leistung auch über den Zeitraum von 26 Wochen hinaus befristet gewährt werden. ³Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und/oder versorgen kann. ⁴Der Anspruch nach Satz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI eintritt. ⁵Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V.

II.

¹Die SBK gewährt über die gesetzlichen Regelungen hinaus auch dann Haushaltshilfe,

1. wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer Erkrankung, die die Weiterführung des Haushalts unmöglich macht, notwendig ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

²Die Leistung nach Satz 1 wird je Krankheitsfall für einen Zeitraum bis zu vier Wochen gewährt. ³Abweichend von den in Satz 2 genannten Fällen stellt die SBK auch dann Haushaltshilfe zur Verfügung, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist 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. ⁴Ferner stellt die SBK eine Haushaltshilfe zur Verfügung, wenn und solange nach ärztlicher Feststellung durch die Haushaltshilfe eine Krankenhauspflege entbehrlich wird 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. ⁵Für die Leistung nach Satz 3 und 4 ist ferner Voraussetzung, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. ⁶Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. ⁷Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. ⁸Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die SBK kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. ⁹Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

§ 19 Wahltarife Krankentagegeld

I.

Die SBK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V),
einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

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

II.

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

III.

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

§ 20 Kostenerstattung

I.

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

II.

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

III.

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

§ 20 a Weitere Kostenerstattungsregelungen zur europaweiten Inanspruchnahme von Leistungen

I.

Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in 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.

II.

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

III.

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

Der Erstattungsbetrag ist um 6,5 vom Hundert, mindestens 3,50 EUR und maximal 30,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

IV.

Abweichend von Abs. I bis III können 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 Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

V.

¹Im Übrigen gilt § 20 Abs. II.

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

§ 20 b Kostenerstattung Arzneimittel

I.

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

II.

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

III.

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

IV.

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

V.

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

§ 20 c Verträge mit europäischen Leistungserbringern

I.

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

II.

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

III.

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

§ 20 d Teilkostenerstattung für DO-Angestellte

I.

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

II.

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

§ 21 Private Zusatzversicherungsverträge

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

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

§ 22 a Osteopathie

I.

Versicherte können Leistungen der Osteopathie in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzungen dafür sind:

- Der Leistungserbringer erbringt die Leistung in der fachlich gebotenen Qualität.

- Der Leistungserbringer hat eine umfassende osteopathische Ausbildung absolviert (nachgewiesen durch eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband der Osteopathie bzw. der Berechtigung zum Beitritt in einen Verband).
- Bei einer Behandlung durch einen Physiotherapeuten wird die Leistung durch eine(n) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin/Arzt auf Privatrezept verordnet.“

II.

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

§ 22 b Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

I.

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

II.

1Die SBK erstattet 90 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 65 Euro pro Behandlung nach Abs. I Satz 1 und nicht mehr als 140 Euro pro Behandlung nach Abs. I Sätze 1 und 2 zusammen. 2Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. 3Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 22 c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

I.

Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die SBK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

II.

Die SBK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

III.

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

IV.

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

§ 22 d Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung

I.

Die SBK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
- b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- d) ein Kostenvorschlag des Leistungserbringers wird der SBK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die SBK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

II.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

III.

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

§ 22 e Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Onkologie

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

I.

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

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

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

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

II.

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

III.

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

IV.

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

V.

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

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

§ 22 f Nicht zugelassene Leistungserbringer – ärztliche Zweitmeinung Orthopädie

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

I.

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

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

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

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

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

-Qualifikation zum Facharzt für (Neuro-) Chirurgie und /oder Orthopädie

- langjährige Berufserfahrung im orthopädischen Bereich

- aktive Mitgliedschaft in einer anerkannten Gesellschaft dieses Fachgebietes

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

II.

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

III.

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

IV.

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

V.

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

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

§ 22 g Rufbereitschaft Hebammen

I.

1Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die SBK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 37. Schwangerschaftswoche entstehen.

2Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. 3Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

II.

1Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. 2Kosten für die

Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. ³Zur Erstattung ist der SBK die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

III.

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

§ 22 h Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

I.

Die SBK erstattet ihren Versicherten die Kosten für folgende Leistungen (inklusive ggf. anfallender Laborleistungen), sofern damit einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegengewirkt werden kann und Risikofaktoren bestehen:

- Toxoplasmosetest
- Nackentransparenzmessung

II.

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

§ 23 Auskünfte über Abrechnungsdaten

¹Die SBK erteilt dem Versicherten auf Antrag einmal jährlich jeweils für abgeschlossene Quartale Auskunft nach § 305 SGB V über die Art und die Kosten der gewährten Leistungen. ²Ausgenommen sind solche Leistungen, über die der Versicherte auf andere Weise Kenntnis erhält. ³Ein Anspruch auf die Mitteilung der Diagnose besteht in diesem Zusammenhang nicht. ⁴Der Versicherte hat in dem Antrag die in Anspruch genommenen Leistungserbringer anzugeben.

§ 24 Aufsicht

Die Aufsicht über die SBK führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 25 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 26 Bekanntmachungen; öffentliche Zustellung

I.

¹Die Bekanntmachungen der SBK erfolgen durch Aushang in der SBK Zentrale, in den Regionen und in den Geschäftsstellen sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift sowie im Internet unter www.sbk.org. ²Der jeweils aktuelle Satzungstext wird dauerhaft in das Internet eingestellt.

³Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der SBK beträgt die Aushangfrist zwei Wochen. ⁴Der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sind auf dem Aushang sichtbar zu vermerken.

II.

Die öffentliche Zustellung nach § 10 Abs. 1 VwZG erfolgt durch Aushang in der SBK Zentrale und in den Regionen.

III

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

§ 27 Modellvorhaben (leer)

§ 28 Ausgleichsverfahren

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 4 dieser Satzung.

Artikel II

Inkrafttreten

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

Augsburg, 22. Oktober 2009

Augsburg, 22. Oktober 2009

Walter Huber
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der Siemens-Betriebskrankenkasse

Elke Schweig
Vorsitzende des Verwaltungsrates
der Betriebskrankenkasse neue bkk

Klaus Hoppe
stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der Siemens-Betriebskrankenkasse

Andreas Strobel
stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der Betriebskrankenkasse neue bkk

Genehmigung der Satzung

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

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

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

und

- insoweit Artikel II

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

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

Satzungsnachträge

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

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

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

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

⁴ Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit Ausnahme
 - Von Artikel I Nr. 1 c Satz 3 und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

⁵ Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit folgender Maßgabe gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt: bei Artikel II wird die Angabe „zum 01.01.2012“ durch „am Tag nach der Bekanntmachung“ ersetzt.

13	13.12.2011	22.12.2011 - II3 - 59200.0-2223/2009
14	08.03.2012	04.04.2012 – II3 – 59200.0-2223/2009
15	21.06.2012	02.08.2012 – II3 – 59200.0-2223/2009
16	13.12.2012	28.12.2012 – II3 – 59200.0-2223/2009 ⁶
17	07.03.2013	11.04.2013 – II3 – 59200.0-2223/2009
18	13.12.2012	18.01.2012 – I2-59200.0-2202/2009
19	13.06.2013	01.07.2013 – II3 – 59200.0-2223/2009
20	13.06.2013	04.07.2013 – II3 – 59200.0-2223/2009
21	12.12.2013	20.12.2013– II3 – 59200.0-2223/2009
22	12.12.2013	18.12.2013– II3 – 59200.0-2223/2009
23	03.07.2014	29.08.2014 - 213-59200.0-2223/2009
24	03.07.2014	29.08.2014 - 213-59200.0-2223/2009
25	24.10.2014	24.11.2014 – 213-59200.0-2223/2009
26	24.10.2014	24.11.2014 – 213-59200.0-2223/2009
27	19.03.2015	21.04.2015 – 213-59200.0-2223/2009

⁶ Das Bundesversicherungsamt hat den Nachtrag mit Ausnahme von Artikel I § 16e (Bonusprogramm Ausland) und insoweit Artikel II (Inkrafttreten) gemäß § 195 Abs. 1 SGB V iVm § 90 Abs. 1 SGB IV genehmigt.

Anlage 1

zu § 1 Absatz II Satz 1 der Satzung

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

Siemens Aktiengesellschaft, Berlin und München

ACT Advanced Circuit Testing, Gesellschaft für Testsystementwicklung mbH, München

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

AIRSYS Gesellschaft für Air Traffic Management Systeme mbH, München

ALTEC Augsburger Leiterplattentechnologie GmbH & Co. KG, Augsburg

Wilhelm Balzer GmbH, Gemünden (Wohra)

Benteler AG, Paderborn-Schloss Neuhaus

Benteler Stahl/Rohr GmbH, Paderborn

Benteler Automobiltechnik GmbH & Co. KG, Paderborn

Benteler Maschinenbau GmbH & Co. KG, Bielefeld

BerlinDat Gesellschaft für Informationsverarbeitung und Systemtechnik mbH, Berlin

Bezirk Oberbayern, München

BRUKER AXS Analytical X-ray Systems GmbH, Karlsruhe

BSH Bosch und Siemens Hausgeräte GmbH, München*

BSH Hausgerätewerk Nauen GmbH, Nauen

CARDIS Car Dealer Information Systems Aktiengesellschaft, Murnau

Cesiwid Elektrowärme GmbH, Erlangen

Chall-Transporte, Rudolstadt

Beachte jedoch die Ausnahme in Satz 2.

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

COPILOT Verkehrsleit- und Verkehrsinformationsdienste Verwaltungsgesellschaft mbH, Unterhaching

Deutsche Grammophon Gesellschaft mbH, Hamburg

DITEC Informationstechnologie GmbH & Co. KG, Villingen-Schwenningen

EBK Krüger GmbH, Teltow

EPCOS AG, München

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

Epoxonic GmbH Reaktionsharzsysteme, Neuried bei München

ept Guglhör Augsburg GmbH & Co, Augsburg

ESS - Erlanger Sicherheits-Service GmbH, Erlangen

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

EWT Communications GmbH, Augsburg

EZH Elektronik Zentrum Hersfeld GmbH, Bad Hersfeld

FBG-Freileitungsbau GmbH, Walsrode

Fertigungscenter für Elektrische Anlagen Erlangen GmbH, Erlangen

Forest Gesellschaft für Products & Service mbH in Villingen-Schwenningen

Freitronics Wafer GmbH & Co. KG, Freiberg

Freitronics Wafer Verwaltungsgesellschaft mbH, Freiberg

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

ght GmbH Elektronik im Verkehr, Nürnberg

Gleichauf GmbH, Villingen-Schwenningen

GVD Leasing GmbH, München

HAGU Kabeltechnik GmbH, Schwerin

Hausgeräte Service Nauen GmbH, Nauen

Hectronic GmbH, Bonndorf

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

Heimann Optoelectronics GmbH, Wiesbaden

Heimann Systems GmbH, Wiesbaden

HIGHVOLT Prüftechnik Dresden GmbH, Dresden

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

HTW Hochtemperatur-Werkstoffe GmbH, Thierhaupten

i-center Elektrogroßhandel GmbH & Co., Nürnberg

ICN International Communication Networks GmbH, Cadolzburg

Inkjet Systems GmbH & Co. KG, Berlin

Inkjet Systems Verwaltungsgesellschaft mbH, Berlin

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

IWS Industriewerkschutz GmbH, Aschaffenburg (Betrieb Siemens Hanau)

JENOPTIK Laserdiode GmbH, Jena

Karussell Musik & Video GmbH, Hamburg

Kienzle ARGO, Vertriebsges. MbH, Berlin

KMK Kunststoff Metall und Komponenten GmbH & Co KG, Karlsruhe

KORDOBA Gesellschaft für Bankensoftware mbH & Co. KG, München

Krone Kommunikationstechnik GmbH, Bad Hersfeld

Leitungsbau Nord GmbH, Rendswühren

Leitungsbau Rositz GmbH, Rositz

Mannesmann VDO AG, Villingen-Schwenningen

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

Masterguard Stromversorgungssysteme GmbH & Co. KG, Erlangen

Mechanik Center Erlangen GmbH, Erlangen

Meder Zerspanungstechnik GmbH, Villingen-Schwenningen

MERCURY RECORDS GMBH, Hamburg

Metalor Contacts Deutschland GmbH, Redwitz

METRONOME MUSIK GmbH, Hamburg

MicroQuartz Gesellschaft für Quarzglaskomponenten mbH, München

Motor Music GmbH, Hamburg

NKS - Netzwerkkommunikations Systeme GmbH, Cadolzburg

NORTON Hochtemperaturkeramik GmbH, Bexbach/Saar (Werk Erlangen)

Oce Printing Systems GmbH, Poing

OSRAM GmbH, Berlin und München

OSRAM-Grundstücksverwaltung GmbH & Co. OHG, München

OSRAM LIGHT CONSULTING GmbH, München

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

Polydor GmbH, Hamburg

Polygram Film Entertainment GmbH, Hamburg

Polygram GmbH, Hamburg

Polygram Manufacturing and Distribution Centres GmbH (PMDC), Langenhagen

POLYGRAM SONGS Musikverlag GmbH, Hamburg

Publicis MCD Werbeagentur GmbH, München

Radium Lampenwerk GmbH, Wipperfürth

Radium Lampenwerk GmbH & Co. OHG, Wipperfürth

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

RELECTRONIC - REMECH Wiederherstellung technischer Systeme GmbH, Ismaning

RISICOM Rückversicherung Aktiengesellschaft, Grünwald

RXS Kabelgarnituren GmbH, Hagen

Schneider SB-Läden GmbH, Abensberg

SDRC Software- und Service GmbH, Neu-Isenburg

SEMICONDUCTOR300 GmbH & Co. KG, Dresden

SGL CARBON AG, Wiesbaden (in Meitingen)

SGL Technik GmbH, Meitingen

SIAT Bauplanung und Ingenieurleistungen GmbH & Co. OHG, München

SICAD Geographic Information Systems GmbH & Co. OHG, München

SIDoc Informatics GmbH, München

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

Siemens-Altersfürsorge GmbH, Berlin

Siemens Audiologische Technik GmbH, Erlangen

Siemens Business Services Management GmbH, München

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

Siemens Engineering und Anlagenerichtung Rostock GmbH, Rostock

Siemens Finanzierungsgesellschaft für Informationstechnik mbH, München

Siemens Gebäudemanagement und Services GmbH & Co. OHG, Erlangen

Siemens Gebäudesicherheit GmbH & Co. oHG

Siemens Gebäudetechnik GmbH & Co. oHG, Erlangen

Siemens Gebäudetechnik Bayern GmbH & Co. oHG, München

Siemens Gebäudetechnik Nord GmbH & Co. oHG, Hamburg

Siemens Gebäudetechnik Ost GmbH & Co. oHG, Berlin

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

Siemens Gebäudetechnik Südwest GmbH & Co. oHG, Stuttgart

Siemens Gebäudetechnik West GmbH & Co. oHG, Düsseldorf

Siemens Health Services GmbH & Co. KG, Erlangen

Siemens Immobilien Management GmbH & Co. OHG, München

Siemens Kapitalanlagegesellschaft mbH, München

Siemens Microelectronics Center GmbH & Co. OHG, Dresden

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

Siemens Nixdorf Business Services GmbH & Co. OHG, München

Siemens Nixdorf Informationssysteme Aktiengesellschaft, Paderborn

Siemens Nuclear Power GmbH, Erlangen

Siemens Project Ventures GmbH, Erlangen

Siemens Solar GmbH, München

Siemens Telekommunikations Service GmbH & Co. OHG, München

Siemensstadt-Gründstücksverwaltung GmbH & Co. OHG, Berlin

Siemens-Wohnungsgesellschaft mbH, München

SIFRAME Software Technologies GmbH, München

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, München

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH Nord, Hamburg

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, Berlin

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, Düsseldorf

SINITEC Service für Informationssysteme GmbH, Frankfurt

SIRONA Dental Systems GmbH & Co. KG, Bensheim

Siteco Beleuchtungstechnik GmbH, Traunreut

Siteco Holding GmbH, Traunreut

SRI Radio Systems GmbH, Durach

Stiftung „Siemens Technik Akademie“, München

St. Jude Medical GmbH, Neuss

SVBH Systemverteilerbau Hannover GmbH, Hannover

Technopark Augsburg Verwaltungsgesellschaft mbH, Augsburg

TELA Beteiligungsgesellschaft mbH, München

TELA Versicherung Aktiengesellschaft, München

Teletronix Berlin GmbH, Berlin

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

TESCON Beratungsgesellschaft für betriebliche Sicherheit mbH, Ismaning

Transrapid International GmbH & Co. KG

TSP Gesellschaft für Teleprocessing Systems & Products mbH, Cadolzburg

Turbine Airfoil Coating and Repair GmbH, Berlin

Universal Holding GmbH, Hamburg

Vacuumschmelze GmbH, Hanau (in Schrobenhausen und Speyer)

Valeo Klimasysteme GmbH, Rodach

VCB Venture Capital Beteiligungsgesellschaft mbH, München

VDO Kienzle Vertrieb und Service GmbH, Villingen-Schwenningen

Voigt & Haeffner KG, Frankfurt am Main

VVK Versicherungsvermittlungs- und Verkehrskontor Gesellschaft mit beschränkter Haftung, München

WARIS Waste and Recycling Information Service GmbH, München

WohnRef GmbH - Vermittlung und Verwaltung von Immobilien, Wolnzach

Xerox Reprographische Services GmbH, München

² Ausgenommen sind folgende Betriebe der BSH Bosch und Siemens Hausgeräte GmbH:

Hausgerätekwerke Giengen und Dillingen

Anlage 1 a

zu § 1 Absatz II Satz 1 der Satzung

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

1. Voith AG, Heidenheim
2. Voith Assekuranz Vermittlung GmbH, Heidenheim
3. Voith Dienstleistungen GmbH, Heidenheim
4. Voith IT Solutions GmbH, Heidenheim
5. Voith Duria GmbH & Co. KG, Heidenheim
6. Voith Howden GmbH, Heidenheim
7. Voith Gastro GmbH & Co. KG, Heidenheim

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

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

57. Iveco Nordbayern Nutzfahrzeuge GmbH, Nürnberg
58. Iveco Nutzfahrzeuge GmbH Berlin-Brandenburg, Berlin
59. Iveco Süd-West Nutzfahrzeuge GmbH, Mannheim und Kaiserslautern
60. Iveco Truck-Center Süd GmbH, Stuttgart
61. Iveco Rhein-Ruhr Nutzfahrzeuge GmbH, Düsseldorf
62. Iveco Rhein-Sieg Nutzfahrzeuge GmbH, Köln
63. Iveco Nutzfahrzeuge Nord-West GmbH, Dortmund
64. Iveco LKW-Zentrum Sachsen GmbH, Dresden
65. Deere & Company, European Office, 68163 Mannheim
66. John Deere Werke Mannheim
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Mannheim
67. John Deere Vertrieb Deutschland
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Mannheim
68. John Deere International GmbH, 68163 Mannheim
69. John Deere Werke Bruchsal
Zweigniederlassung der Deere & Company, 76646 Bruchsal
70. John Deere Werke Zweibrücken
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Zweibrücken
71. John Deere European Parts Distribution Center
Zweigniederlassung der Deere & Company, 76646 Bruchsal
72. John Deere Advertising Agency
Zweigniederlassung der Deere & Company, 68163 Mannheim
73. John Deere Capital Services GmbH, 68163 Mannheim
74. EURAG Holding – Aktiengesellschaft, 68163 Mannheim
75. Joseph Vögele AG, 68146 Mannheim
76. Joseph Vögele AG, Zweigwerk Hockenheim
77. SCA Hygiene-Paper GmbH, 68305 Mannheim
78. SCA Packaging Mannheim, 68219 Mannheim

79. SCA Packaging Polkenberg GmbH, 04703 Polkenberg
80. SCA Hygiene Products GmbH, 55246 Mainz – Kostheim
81. VAG Armaturen GmbH, Mannheim, Carl-Reuther-Str. 1, 68305 Mannheim
82. Bopp & Reuther Messtechnik GmbH, Carl-Reuther-Str. 1, 68305 Mannheim
Einschließlich der Außenstellen Hamburg, Hannover, Essen und Ingolstadt
83. Sicherheits- und Regelarmaturen GmbH, Carl-Reuther-Str. 1, 68305 Mannheim
Einschließlich der Außenstellen Essen, München, Magdeburg, Bandshagen und Rellingen
84. Elster Messtechnik GmbH, Lampertheim
Otto-Han-Str. 25, 68623 Lampertheim
Einschließlich der Außenstelle Hude
85. FRIATEC Aktiengesellschaft, Steinzeugstr. 50, 68229 Mannheim
86. Grosskraftwerk Mannheim AG, 68199 Mannheim
87. HeidelbergCement AG, 69120 Heidelberg

Anlage 2 zu § 3 Abs. IX der Satzung

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

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

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

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

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.⁷

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

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

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

- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.⁸
- d) die Unterkunft- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

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

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von € 60,00.

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

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

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

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

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

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

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

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

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

⁸ 0,30 EUR für jeden gefahrenen Kilometer.

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

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

Anlage 3 zu § 27 der Satzung (leer)

Modellvorhaben

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

§ 1 Anwendbare Vorschriften

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

§ 2 Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U 1

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

§ 3 Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U 2

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

§ 4 Aufbringung der Mittel

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

§ 5 Umlagebeitragssätze

- (1) Der Umlagebeitragssatz U 1 beträgt

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

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

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

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

§ 5a Antrag auf den erhöhten Erstattungssatz

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

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

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

§ 6 Haushaltsplan und Rechnungsabschluss

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

§ 7 Widerspruchsausschuss

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

§ 8 Organ

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

Anlage 5 zu § 16 b

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

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

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

Teilnahmebedingungen am Selbstbeteiligungstarif der SBK

§ 1 Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif

I. Teilnahmeberechtigung

1. Am Selbstbeteiligungstarif der SBK können alle volljährigen Mitglieder der SBK, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten (zum Beispiel der Bundesagentur für Arbeit) getragen werden, teilnehmen.

II. Beginn der Teilnahme

1. ¹Das Mitglied kann die Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif bis zum 31. Januar eines Jahres (Eingang der Teilnahmeerklärung bei der SBK) rückwirkend zum 01. Januar des Jahres erklären. ²Zum Zeitpunkt der Wahl müssen die Voraussetzungen für die Wahl des Tarifs vorliegen und vom Teilnehmer nachgewiesen sein.
2. ¹Mit Zustimmung der SBK ist ein unterjähriger Beginn der Tarifteilnahme möglich, z.B. für den Fall der unterjährigen Begründung der SBK-Mitgliedschaft. ²In diesem Fällen wird die Teilnahme bis zum Monatsende mit Wirkung zum ersten Kalendertag des nächsten Monats erklärt.

III. Erklärung der Teilnahme

1. ¹Die Teilnahme wird durch schriftliche Teilnahmeerklärung am „SBK Selbstbeteiligungstarif“ unter Anerkennung der Tarifbedingungen erklärt. ²Bestandteil der Teilnahmeerklärung ist eine Erklärung, über die Risiken einer Selbstbeteiligung aufgeklärt worden zu sein. ³Das Mitglied kann der SBK zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs eine Einzugsermächtigung erteilen.

§ 2 Tarifstufen

- I. Tarifstufen – Staffelung der Selbstbeteiligung und Prämien nach Einkommen**
 Die SBK bietet ihren Mitgliedern gestaffelt nach deren kalenderjährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (= Jahreseinkommen) folgende Selbstbeteiligungsstufen an:

Tarifstufe	Jahreseinkommen ab	Prämie jährlich	Selbstbeteiligung jährlich
Stufe 100	7.200 €	100 €	120 €
Stufe 200	16.000 €	200 €	250 €
Stufe 300	24.000 €	300 €	390 €
Stufe 400	30.000 €	400 €	540 €
Stufe 500	36.000 €	500 €	700 €

Stufe 600	42.000 €	600 €	900 €
-----------	----------	-------	-------

II. Maßgebliches Einkommen für die Tarifeinstufung

- ¹Das für die Wahl einer Tarifstufe maßgebliche Jahreseinkommen richtet sich nach den für die Beitragsberechnung des Mitglieds maßgeblichen Vorschriften der Sozialgesetzbücher (insbesondere SGB IV und V). ²Für die Ermittlung des Jahreseinkommens gelten die gleichen Grundsätze wie bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen für die Beitragsberechnung.
- ¹Das Mitglied hat bei der Wahl des Selbstbeteiligungstarifs der SBK sein zum Zeitpunkt der Tarifwahl erzieltetes Jahreseinkommen in geeigneter Weise (z.B. Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers, Steuerbescheid etc.) nachzuweisen. ²Entsprechend dem nachgewiesenen Jahreseinkommen wird das Mitglied in die jeweils passende Tarifstufe eingestuft.

III. Bindung an die Tarifstufen

- ¹Die Einstufung in eine Tarifstufe erfolgt bindend für die Dauer der Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif. ²Änderungen des Einkommens (Einkommenssteigerungen oder -minderungen) während der Tarifteilnahme haben grundsätzlich keine Auswirkungen auf die gewählte Tarifstufe.
- ¹In begründeten Ausnahmefällen kann durch die SBK auf schriftlichen Antrag des Mitglieds eine Umstufung in eine niedrigere oder höhere Tarifstufe erfolgen. ²Ein begründeter Ausnahmefall liegt dann vor, wenn das Mitglied glaubhaft nachweist, dass sein Einkommen unvorhergesehen dauerhaft wesentlich unter oder über dem Einkommen liegt, das zur Zeit der Einstufung in die entsprechende Tarifstufe geführt hat. ³Die Umstufung erfolgt in die Tarifstufe, die dem vom Mitglied nachgewiesenen Einkommen entspricht. ⁴Die neue Tarifstufe gilt ab dem 01.01. des auf den Umstufungsantrag folgenden Kalenderjahres.

⁵Das Kündigungsrecht in besonderen Härtefällen bleibt davon unberührt.

⁶Durch die Umstufung in eine niedrigere oder höhere Tarifstufe wird die Bindungsfrist nach § 6 Abs. I Nr. 1 der Teilnahmebedingungen nicht unterbrochen. ⁷Im Übrigen gelten die Regelungen für den Beginn der Teilnahme und die Erklärung der Teilnahme nach § 1 Abs. II und III entsprechend.

§ 3 Auf die Selbstbeteiligung anrechenbare Leistungen (Selbstbeteiligungsschädliche Leistungen)

I. Grundsatz: Anrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten auf die Selbstbeteiligung

¹Grundsätzlich werden alle Kosten, die durch eine Leistungsanspruchnahme des Mitglieds entstehen, in Höhe des von der SBK getragenen Betrages auf den Selbstbehalt angerechnet.

²Dies gilt insbesondere für die Kosten für

- Arznei- und Verbandmittel nach §§ 27 I Nr. 3, 31 SGB V,
- Heilmittel (z.B. Massagen) nach §§ 27 I Nr. 3, 32 SGB V,

- Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen) nach §§ 27 I Nr. 3, 33 SGB V,
- häusliche Krankenpflege nach §§ 27 I Nr. 4, 37 SGB V,
- Haushaltshilfe nach §§ 27 I Nr. 4, 38 SGB V,
- Krankenhausbehandlung einschließlich ambulanter Operationen nach §§ 27 I Nr. 5, 39 SGB V,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 27 I Nr. 6, 40, 41 42 SGB V und ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V,
- Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V, von Hausarztverträgen nach § 73b SGB V, von Verträgen der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V, von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach §§ 137f, g SGB V und von Integrierten Versorgungsverträgen nach §§ 140a ff. SGB V, soweit sie der Krankenbehandlung i.S.v. § 27 I SGB V dienen,
- Krankengeld nach § 44 SGB V,
- Künstliche Befruchtung nach §§ 27 I 4, 27a SGB V,
- Fahrkosten nach § 60 SGB V,
- Psychotherapie nach § 27 I Nr. 1, 28 III SGB V,
- Soziotherapie nach § 37a SGB V,
- Kieferorthopädische Behandlung nach § 29 SGB V.

II. Anrechnung der Kosten für Zahnersatz, Parodontosebehandlung und Kieferbruch auf Basis des Heil- und Kosten- bzw. Behandlungsplans

1. Abweichend von dem Grundsatz der Anrechnung der von der SBK tatsächlich entstandenen Kosten wird bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, bei Parodontosebehandlung und bei Kieferbruch nach §§ 28 II, 55, 56 SGB V der von der SBK zu tragende Betrag bzw. Festzuschuss, der in dem der SBK vorgelegten Heil- und Kosten bzw. Behandlungsplan enthalten, ist auf die Selbstbeteiligung angerechnet.
2. ¹Dies gilt nicht, wenn das Mitglied nachweist, dass die Behandlung nicht oder zu einem niedrigeren Betrag stattgefunden hat. ²Als Stichtag für die Anrechnung auf die Selbstbeteiligung gilt der Tag der Genehmigung des Heil- und Kosten- bzw. Behandlungsplans durch die SBK.

III. Pauschale Anrechnung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung

1. Abweichend von dem Grundsatz der Anrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten werden die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung nach §§ 28, 72, 73 75, 82ff. SGB V entsprechend den nachfolgenden Regelungen pauschal auf die Selbstbeteiligung angerechnet:
 - Jeder Arztkontakt, bei dem eine Verordnung veranlasst wird (z.B. Verschreibung eines Arzneimittels auf Kassenrezept, Verschreibung von Massagen, Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung etc.) wird pauschal mit 25 € auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Die Überweisung zu einem anderen Arzt zählt nicht als Verordnung, die die pauschale Anrechnung des Arztkontaktes auslöst.

- Zahnarztkontakte werden pauschal mit 70 €/Quartal auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Als Zahnarztkontakte gelten nur solche Zahnarztbesuche, bei denen eine Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten ist, die also nicht der reinen Prophylaxe dienen.

2. Werden ärztliche oder zahnärztliche Leistungen im Wege der Kostenerstattung erbacht, gilt das unter Nr. 1 Gesagte entsprechend.

IV. Leistungen, die nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden (Selbstbeteiligungsunschädliche Leistungen)

1. ¹Die Kosten für Leistungen der Prävention, Vorsorge oder Früherkennung werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet. ²Dies gilt insbesondere für Kosten, die aufgrund von

- Gesundheitskursen zur Prävention im Rahmen der §§ 20, 20a SGB V,
- Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten nach § 20d SGB V,
- Medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V, ausgenommen § 23 II SGB V
- Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 I SGB V,
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsvorsorge) nach § 25 II SGB V,
- Untersuchungen zur Gesunderhaltung der Zähne nach § 55 I S. 4 Nr. 2 SGB V

entstehen.

2. Die Kosten von folgenden Leistungen, die im Zusammenhang mit der Gründung einer Familie oder dem Aufziehen von Kindern stehen, werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet:

- Sämtliche Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige.

3. Vertragsarztkontakte, bei denen keine Verordnung ausgestellt wird, sowie Zahnarztkontakte, die der reinen Prophylaxe dienen, bei denen also keine Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V anfällt, werden weder nach den tatsächlichen Kosten noch mit einer Pauschale auf die Selbstbeteiligung angerechnet (vgl. § 3 Abs. III)⁴.

V. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Berücksichtigung von Leistungen

1. ¹Eine Leistungsausgabe wird grundsätzlich immer dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung zugeordnet. ²Sofern der Tag der Inanspruchnahme nicht bekannt ist bzw. aufgrund der Datenlieferungen der Leistungserbringer an die SBK nicht ermittelt werden kann, erfolgt die Zuordnung nach dem Tag der Verordnung der Leistung, alternativ nach dem Tag der Auszahlung der Leistung durch die SBK. ³Eine spezielle Regelung enthält § 3 II Nr. 1.

2. ¹Bei Kieferorthopädischer Behandlung nach § 29 SGB V werden die Abschlagszahlungen der SBK dem Auszahlungstag zugeordnet. ²Auch die Erstattung des Eigenanteils bei einer erfolgreich beendeten Kieferorthopädischen Behandlung wird mit dem Auszahlungstag in Höhe des Erstattungsbetrages auf den Selbstbehalt angerechnet.

VI. Zuzahlungen und Praxisgebühr

Zuzahlungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch, insbesondere nach den §§ 62, 28 IV SGB V werden auf die Selbstbeteiligung weder angerechnet noch von den Kosten einer Leistung, die die SBK erstattet bzw. zahlt abgesetzt.

§ 4 Höhe der Prämie und der Selbstbeteiligung

I. Maximale Höhe der Prämie und der Selbstbeteiligung

1. ¹Die der Abrechnung höchstens zugrunde liegende Prämie und Selbstbeteiligung ergibt sich grundsätzlich aus der vom Mitglied gewählten Tarifstufe der Tariftabelle in § 2 Abschnitt I. ²Die Prämienhöhe der gewählten Tarifstufe ist sogleich die erreichbare Höchstprämie.
2. ¹Die individuelle Prämie beträgt höchstens 20 % der vom teilnehmenden Mitglied in einem Kalenderjahr an die SBK gezahlten Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB V sowie § 257 I S. 1 SGB V. ²Die Berechnung der vom Mitglied maximal zu tragenden Selbstbeteiligung erfolgt entsprechend dem prozentualen Kürzungsverhältnis zwischen voller und individueller Prämie.

II. Folgen eines unterjähriger Beginns und Endes der Tarifteilnahme

1. ¹Bei einem unterjährigen Beginn oder Ende des Tarifs wird die Prämie anteilig für jeden vollen Kalendermonat ohne Tarifteilnahme um jeweils um 1/12 reduziert. ²Es werden nur die während der Laufzeit des Tarifs gezahlten Beiträge berücksichtigt. ³Die Prämie beträgt höchstens 20 vom Hundert der vom Mitglied während der Tariflaufzeit gezahlten Beiträge.
2. Die vom Mitglied zu tragende Selbstbeteiligung wird entsprechend diesen Grundsätzen gekürzt.

III. Folgen von Zeiten ohne (eigene) Beitragszahlung

1. Beitragsfreie Zeiten bzw. Zeiten ohne eigene Beitragszahlung durch den Teilnehmer haben zur Folge, dass die Prämie entsprechend den Grundsätzen des § 4 Abschnitt I Abs. 2 und Abschnitt II nur aus den tatsächlich vom Teilnehmer gezahlten Beiträgen berechnet wird und maximal 20 % der von ihm tatsächlich gezahlten Beiträge im Kalenderjahr beträgt.
2. ¹Die Berechnung der vom Mitglied maximal zu tragenden Selbstbeteiligung erfolgt entsprechend dem prozentualen Kürzungsverhältnis zwischen voller und individueller Prämie. ²Die Inanspruchnahme von Leistungen durch das Mitglied während der beitragsfreien Zeiten bzw. während Zeiten ohne eigene Beitragszahlung wird entsprechend den Grundsätzen in § 3 auf die Selbstbeteiligung angerechnet.
3. Das Kündigungsrecht in besonderen Härtefällen nach § 6 IV bleibt unberührt.

§ 5 Abrechnung des Tarifs

I. Abrechnung

1. ¹Die Abrechnung des Tarifs erfolgt kalenderjährlich jeweils bis spätestens zum 31.07. des Folgejahres der Tarifteilnahme. ²Dies gilt auch, wenn die Tarifteilnahme vorzeitig während des Kalenderjahres endet.

2. ¹Je teilnehmendem Mitglied wird eine Abrechnung erstellt und dem Mitglied zugesendet.
3. Die Prämie wird innerhalb von 14 Tagen nach Erstellung der Abrechnung auf die der SBK in der Teilnahmeerklärung genannte Bankverbindung gezahlt.
4. ¹Für den Fall, dass das Mitglied der SBK einen Erstattungsbetrag zu zahlen hat, ist die SBK im Falle des Erteilens einer Einzugsermächtigung berechtigt, den Erstattungsbetrag 14 Tage nach Aussendung der Abrechnung an das Mitglied von der in der Teilnahmeerklärung genannten Bankverbindung abzubuchen. ²Falls eine Einzugsermächtigung nicht vorliegt, verpflichtet sich das Mitglied, den von der SBK schriftlich mitgeteilten Erstattungsbetrag innerhalb 14 Tagen nach Zugang der Mitteilung zu begleichen.

II. Ermittlung der auszahlenden Prämie und der zu fordernden Selbstbeteiligung

1. Soweit das Mitglied keinerlei medizinische Leistungen in Anspruch genommen haben, bekommt das Mitglied entsprechend den in § 4 genannten Berechnungsgrundsätzen die Prämie ausgezahlt.
2. ¹Wenn das Mitglied während des Kalenderjahres selbstbeteiligungsschädliche Leistungen nach § 3 zu Lasten der SBK in Anspruch genommen haben, werden die angefallenen Kosten mit der Prämienzahlung verrechnet. ²Die Berechnungsgrundsätze nach §§ 3, 4 finden Anwendung.
 - Liegt die Summe der Kosten der in Anspruch genommenen selbstbeteiligungsschädlichen Leistungen unter der Prämie, zahlt die SBK dem Mitglied den Differenzbetrag aus.
 - Übersteigt die Summe der Kosten der in Anspruch genommenen selbstbeteiligungsschädlichen Leistungen die Prämie, zahlt das Mitglied den Differenzbetrag (=Erstattungsbetrag) an die SBK. Die selbstbeteiligungsschädlichen Leistungen werden bis höchstens zu dem sich aus der Tariftabelle in § 2 Abschnitt 1 für die jeweilige Tarifstufe ergebenden Selbstbeteiligungsbetrag angerechnet.

§ 6 Bindung an den Tarif und die SBK

I. Bindungsfrist an den Tarif

1. Das Mitglied ist aufgrund gesetzlicher Regelung für drei Jahre an die Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif der SBK gebunden.
2. ¹Die Bindungsfrist beginnt mit Beginn der Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif der SBK, i.d.R. zum 01. Januar eines Kalenderjahres. ²Im Falle der unterjährigen Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif der SBK beginnt die Bindungsfrist mit dem ersten Kalendertag des Monats, in dem die Tarifteilnahme nach § 1 Abschnitt II Absatz 2 wirksam wird.

II. Verlängerung nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist

1. Nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist verlängert sich die Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif der SBK automatisch um ein Jahr, wenn nicht der Selbstbeteiligungstarif durch das Mitglied ein Kalendermonat vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist gekündigt wird.

2. ¹Erfolgte die Wahl des Tarifs ursprünglich unterjährig, verlängert sich die Teilnahme am Tarif zunächst automatisch bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die dreijährige Bindungsfrist der Tarifteilnahme ausläuft, und dann in der Folge automatisch jeweils um ein Kalenderjahr. ²Die Kündigung ist jeweils ein Kalendermonat vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist bzw. vor Ablauf der Verlängerungsfrist zum Ende der Bindungsfrist bzw. Verlängerungsfrist möglich.
3. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der SBK, dann endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der SBK.

III. Verfahren bei Tarifänderungen

Soweit sich aus der praktischen Abwicklung oder aus anderen Gründen die Notwendigkeit ergibt, Änderungen der Tarifbedingungen vorzunehmen, kann dies folgendermaßen erfolgen:

- Die SBK kann den am Tarif teilnehmenden Mitgliedern die Änderung der Tarifbedingungen unter Einräumung eines Widerspruchsrechts mitteilen. Widerspricht das Mitglied den geänderten Tarifbedingungen nicht innerhalb einer Frist von einem Kalendermonat nach Zugang der Mitteilung, so wird der Tarif zu den geänderten Bedingungen weitergeführt. Die dreijährige Bindungsfrist endet automatisch mit Ablauf des Monats, der dem Monat vorausgeht, an dem die Änderung der Tarifbedingungen in Kraft tritt. Der Tarif kann dann jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gekündigt werden. Das Mitglied ist bei der Mitteilung der Änderung der Tarifbedingungen in geeigneter Weise auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen. Widerspricht das Mitglied der Änderung der Tarifbedingungen, endet die Teilnahme am Tarif automatisch mit Ablauf des Monats, der dem Monat vorausgeht, an dem die Änderung der Tarifbedingungen in Kraft tritt.

IV. Kündigungsrecht der Teilnehmer

1. Das Mitglied kann die Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif der SBK in besonderen Härtefällen mit einer Frist von einem Kalendermonat zum Quartalsende kündigen.
2. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere vor,
 - wenn die Weiterführung des Selbstbeteiligungstarifs der SBK eine unverhältnismäßige Härte, insbesondere eine unzumutbare wirtschaftliche Härte für das Mitglied bedeuten würde,
 - wenn der Versicherte dauerhaft keine eigenen Beiträge zahlen kann, z.B. eine nicht nur vorübergehende Arbeitslosigkeit vorliegt.
3. Der Eintritt einer chronischen oder schweren Erkrankung ohne nachhaltige Auswirkungen auf die Einkommensverhältnisse ist dagegen keine besondere Härte im Sinne dieser Regelung.
4. Die Voraussetzungen für das Vorliegen eines besonderen Härtefalls sind durch das Mitglied in geeigneter Weise nachzuweisen.

V. Kündigungsrecht der SBK

¹Die SBK ist berechtigt, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzeinsparungen des Selbstbeteiligungstarifs finanzieren lassen (§ 53 IIX SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot).

²Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der SBK die Schließung des Tarifs anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt.

³Voraussetzung für eine Kündigung durch die SBK ist, dass die Aufsichtsbehörde der SBK die Änderung und/oder Auflösung des Tarifs genehmigt.

VI. Ausschluss der Kündigung der Mitgliedschaft

¹Während der dreijährigen Bindung an den Selbstbeteiligungstarif der SBK kann die Mitgliedschaft bei der SBK nicht gekündigt werden. ²Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der SBK ist frühestens zum Ablauf der Drei-Jahres-Frist möglich.

VII. Schriftform der Kündigung

Kündigungen bedürfen der Schriftform.

§ 7 Obliegenheiten des Mitglieds und eines mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartners

I. Auskunftspflichten

¹Das Mitglied ist verpflichtet, der SBK auf Verlangen korrekte und vollständige Angaben über Häufigkeit, Zweck und Zeitpunkt der Arzt- und Zahnarztkontakte oder anderer Leistungsansprüchen zu machen. ²Das Mitglied wird der SBK auf Verlangen auch Auskünfte zu seinen beitragspflichtigen Einkünften machen und diese gegebenenfalls nachweisen.

II. Mitwirkungs- und Anzeigepflichten

¹Das Mitglied unterstützt die SBK auf Verlangen aktiv bei der Durchführung des Tarifs durch Beschaffung und Übermittlung von Nachweisen und Informationen. ²Änderungen, die sich auf die Durchführung des Tarifs auswirken, wie beispielsweise das Bestehen einer Schwangerschaft, sind der SBK unverzüglich anzuzeigen.

§ 8 Datenschutz

I. Erhebung, Speicherung, Nutzung, Zusammenführung und Verarbeitung von Daten

¹Das Mitglied erklärt sich mit der Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif damit einverstanden, dass die SBK die Daten des Mitglieds und dessen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartners, insbesondere die Versicherungs-, Beitrags- und Leistungsdaten zur Durchführung des Selbstbeteiligungstarifs erhebt, speichert, nutzt, zusammenführt und verarbeitet. ²Dies erfolgt seitens der SBK unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen, insbesondere sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften.

II. Angaben des Mitglieds und dessen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartners

Soweit es zur Durchführung des Tarifs erforderlich ist, wird das Mitglied auf Anforderung der SBK Angaben zu Art und Häufigkeit sowie Zweck und Zeitpunkt von Arzt- bzw. Zahnarztkontakten oder anderer Leistungsansprüchen machen.

Anlage 7 zu § 19 Wahltarife Krankentagegeld

Teilnahme

1. Die SBK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld als Entgeltersatz für Einnahmen i.S.d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der SBK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der SBK folgt; ein hier von später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.12.2009 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der SBK vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

4. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. 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. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der SBK.
6. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

7. Die Mitglieder müssen die SBK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der SBK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der SBK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der SBK nachzuweisen und die SBK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

10. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Krankentageld	10€	20€	30€	40€	50€
kalendertäglich					
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten
iSv § 53 Abs. 6 SGB V

Krankentageld	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
kalendertäglich									
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

11. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.
12. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
13. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
14. Die SBK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

15. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der SBK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.
16. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
17. Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

(Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
18. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
19. Für Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.
20. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
21. Für den Anspruch auf Krankentagegeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der SBK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die SBK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
22. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,

- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der SBK
23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
24. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
25. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

26. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
27. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die SBK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

28. Anspruch auf Krankentagegeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

29. Die Höhe des Krankentagegeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der SBK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der SBK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

30. Die SBK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.
31. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Krankentagegelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.
32. Das Mitglied hat auf Verlangen der SBK sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die SBK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der SBK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der SBK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt 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 Krankentagegeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergangenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

33. Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Krankentagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der SBK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der SBK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten

Wechsels in eine leistungsausweitende Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

34. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der SBK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.“