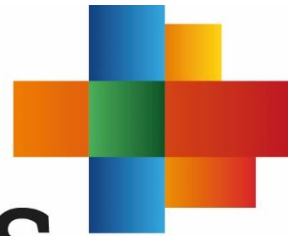


Satzung

BKK

VerbundPlus



Stand 01.01.2022

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

Abkürzungen	4
Artikel I	5
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	5
§ 2 Verwaltungsrat.....	6
§ 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen.....	8
§ 2b Modellprojekt nach § 194 a SGB V zur Online-Sozialwahl	9
§ 3 Vorstand	10
§ 4 Widerspruchsausschüsse	11
§ 5 Kreis der versicherten Personen	12
§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	13
§ 7 Aufbringung der Mittel.....	14
§ 7a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	15
§ 8 Bemessung der Beiträge.....	16
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	17
§ 10 - ohne Inhalt -	18
§ 11 Höhe der Rücklage	19
§ 12 Leistungen	20
§ 12a Primärprävention	24
§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbare Krankheiten	25
§ 12c Leistungsausschluss.....	26
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	27
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	28
§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	29
§ 13c Wahltarif besondere Versorgung.....	30
§ 13d Wahltarif Selbstbehalt.....	31
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	32
§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe.....	35
§ 14b Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	36
§ 15 Wahltarife Krankengeld.....	37
§ 16 Zusätzliche Leistungen	38
§ 16a Künstliche Befruchtung	39
§ 16b Zahnärztliche Behandlung.....	40

§ 16c	Hebammenleistungen	41
§ 16d	Schwangerschaftsleistungen	42
§ 16e	Mehrleistungen für kinderorthopädische Hilfsmittel	43
§ 17	Kooperation mit der PKV.....	44
§ 18	Aufsicht.....	45
§ 19	Mitgliedschaft zum Landesverband	46
§ 20	Bekanntmachungen	47
Artikel II	.....	48
Inkrafttreten	.....	48
Anlage zur Satzung (§ 2 )	.....	49
Anlage zur Satzung (§ 12 Abs. 6 )	.....	52
Anlage zur Satzung (§ 14 )	.....	54
Anlage zur Satzung (§ 15 )	.....	56

Abkürzungen

AAG	Auswendungsausgleichgesetz
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
NOG	1. Bzw. 2. GKV-Neuordnungsgesetz
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVHV	Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung
SVRV	Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung
Zm-RL	Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

(1)

Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK VerbundPlus.

Sie hat ihren Sitz in München.

(2)

Der Bereich der BKK VerbundPlus erstreckt sich auf alle in der Anlage zu dieser Satzung aufgeführten Betriebe der genannten Gesellschaften und deren Betriebsstätten.

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

§ 2 Verwaltungsrat

(1)

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

(2)

Dem Verwaltungsrat der BKK VerbundPlus gehören 10 Versichertenvertreter / Versichertenvertreterinnen und 10 Vertreter / Vertreterinnen der Arbeitgeber an. Jede(r) Arbeitgebervertreter/Arbeitgebervertreterin hat wie jede(r) Versichertenvertreter / Versichertenvertreterin eine Stimme.

(3)

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK VerbundPlus von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. eine(n) leitende(n) Beschäftigte(n) der BKK VerbundPlus mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. den Vorstand zu überwachen,
8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK VerbundPlus gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
11. über die Schließung einer Geschäftsstelle zu beschließen.

(4)

Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5)

Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(6)

Der Verwaltungsrat kann zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse bilden.

(7)

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

(8)

Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

(9)

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

(10)

Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen

Für die BKK VerbundPlus werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste / Vertrauenspersonen gewählt.

Die Versichertenältesten / Vertrauenspersonen haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der BKK VerbundPlus mit den Versicherten und Betrieben herzustellen, diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehören insbesondere die Weiterleitung von Informationen der BKK VerbundPlus an die Versicherten und Unternehmen sowie die Unterstützung der Versicherten bei Leistungsanträgen.

Die Versichertenältesten / Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Entschädigung der Versichertenältesten / Vertrauenspersonen richtet sich nach den folgenden Sätzen:

Monatspauschale für Zeitaufwand: 39 Euro

§ 2b Modellprojekt nach § 194 a SGB V zur Online-Sozialwahl

Die BKK VerbundPlus nimmt am Modellprojekt nach § 194 a SGB V zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.

§ 3 Vorstand

(1)

Dem Vorstand der BKK VerbundPlus gehört ein Mitglied an.

(2)

Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3)

Der Vorstand verwaltet die BKK VerbundPlus und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK VerbundPlus maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem 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 BKK VerbundPlus nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der BKK Verbund Plus abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und zu gewähren.

(4)

Der Vorstand stellt das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK VerbundPlus ein.

(5)

Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK VerbundPlus.

§ 4 Widerspruchsausschüsse

(1)

Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird Widerspruchsausschüssen übertragen (§ 36 a SGB IV).

(2)

1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus je einem Vertreter / einer Vertreterin der Versicherten der BKK VerbundPlus und einem Vertreter / einer Vertreterin aus der Gruppe der Arbeitgeber. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen Mitglied des Verwaltungsrats sein oder die Voraussetzungen der Wählbarkeit dafür erfüllen.
2. Jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse hat eine(n) Stellvertreter / Stellvertreterin zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Versichertenvertreter / Versichertenvertreterin der Widerspruchsausschüsse werden von den Versichertenvertretern / Versichertenvertreterinnen des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter / Arbeitgebervertreterinnen der Widerspruchsausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern / Arbeitgebervertreterinnen im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger / Nachfolgerinnen das Amt antreten.
4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
5. Der Vorsitz der Widerspruchsausschüsse wechselt zwischen Versichertenvertreter / Versichertenvertreterin und Arbeitgebervertreter / Arbeitgebervertreterin von Sitzung zu Sitzung. Die Vorsitzenden werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bestimmt. Die Vorsitzenden bestimmen die / den Schriftführer / Schriftführerin, die auch Beschäftigte in der BKK VerbundPlus sein können.
6. Der Vorstand oder ein(e) vom Vorstand Beauftragte(r) nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(3)

Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von den Widerspruchsausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.

(4)

Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1)

Zum Kreis der bei der BKK VerbundPlus versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

(2)

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der BKK VerbundPlus nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3)

Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sowie Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1)

Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften und die folgenden Bestimmungen der Satzung.

(2)

Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des Vortages möglich, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt.

(3)

Wenn ein Wahltarif nach §§ 13d oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK VerbundPlus frühestens unter den Voraussetzungen des § 13d Abs. 4 aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 7a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

(1)

Die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK-Landesverband Mitte übertragen.

(2)

Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK VerbundPlus; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet.

(3)

Bezüglich des U1- und U2- Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 5 AAG (i.V.m. § 8 Abs. 2 Satz 1 AAG) die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK VerbundPlus erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 % der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 40 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

(1)

Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK VerbundPlus erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung,
2. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten,
3. zur Behandlung von Krankheiten,
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. zur Empfängnisverhütung,
6. bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation,
7. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

(2)

Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 13 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

(3)

Haushaltshilfe

1. Die BKK VerbundPlus gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, längstens jedoch für die Dauer von 26 Wochen und für 8 Stunden je Kalendertag.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die BKK VerbundPlus kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

(4)

Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK VerbundPlus vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK VerbundPlus in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann von den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der BKK VerbundPlus. Versicherte können die Wahl der Kostenerstattung, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK VerbundPlus davon Kenntnis erhält.
4. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK VerbundPlus bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v. H. maximal 40,00 EUR je Erstattungsfall für Verwaltungskosten zu kürzen.
6. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v. H., maximal 50,00 EUR je Erstattungsfall für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

7. Abweichend von Ziffer 6 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die 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.

(5)

Kostenerstattung Wahlarzneimittel im Einzelfall

1. Gemäß § 13 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimittel die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
2.
 - a) als dasjenige, für das die BKK VerbundPlus eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

3. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist um 20 v. H. als Abschlag für die der BKK VerbundPlus entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK VerbundPlus bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

(6)

Zweitmeinungsverfahren

1. Die BKK VerbundPlus gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i.V.m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL.) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren Eingriffen oder zu angeratenen Therapieempfehlungen. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zu § 12 Abs. 6 gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
2. Das Zweitmeinungsverfahren wird durch Leistungserbringer, mit denen die BKK VerbundPlus darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Gleiches gilt für nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer.
3. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Abs. 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Abs. 2 und Abs. 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Abs. 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der BKK VerbundPlus ab.
4. Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigten Zweitmeiner, dass sie im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung stellt. Ebenso hält die BKK VerbundPlus Informationen über das Zweitmeinungsverfahren bereit und übermittelt bei Bedarf die

Zm-RL an die Versicherten. Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Abs. 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff oder der angeratenen Therapieempfehlung medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die Therapieempfehlung durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen.

5. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die BKK VerbundPlus in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der BKK VerbundPlus abgerechnet.

(7)

Förderung digitaler Gesundheitskompetenz

Die BKK VerbundPlus fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt nach den Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

Die BKK VerbundPlus gewährt Leistungen für Maßnahmen als Sachleistung in Form von Schulungsmaßnahmen. Die BKK VerbundPlus kann diese Maßnahmen auch durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die BKK VerbundPlus Kooperationsverträge mit den Anbietern der Maßnahme.

§ 12a Primärprävention

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention), zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung), insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK VerbundPlus auf Basis des Leitfadens "Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung" Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

Diese Leistungen werden erbracht als

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention,
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V und als
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V.

Leistungen, die von der BKK VerbundPlus selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150 EUR je Maßnahme gewährt.

Die BKK VerbundPlus bezuschusst maximal zwei Kurse im Kalenderjahr je Versicherten.

Der Zuschuss für Präventionsmaßnahmen bei einer „BKK-Aktivwoche“ beträgt für Versicherte maximal 160 EUR, für mitversicherte Angehörige vom 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres maximal 110 EUR.

§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbare Krankheiten

Die Versicherten erhalten Leistungen zur Verhütung übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Die Versicherten erhalten auch Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

§ 12c Leistungsausschluss

(1)

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

(2)

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen haben die Versicherten der BKK VerbundPlus gegenüber schriftlich zu erklären, dass sie sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben haben, 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 sie von der BKK VerbundPlus darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass sie bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der BKK VerbundPlus insoweit entstandenen Kosten verpflichtet sind. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK VerbundPlus kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

(1)

Die BKK VerbundPlus bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden.

Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2)

Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen.

(3)

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten 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.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die BKK VerbundPlus bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V an. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

(1)

Die BKK VerbundPlus bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a ff SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(2)

Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3)

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten 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.

(4)

Versicherten, die an einer besonderen Versorgung nach Abs. 1 teilnehmen, ermäßigt die BKK VerbundPlus im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme folgende Zuzahlungen:

- Zuzahlung zur stationären Behandlung
- Zuzahlung zur medizinischen Rehabilitation
- Zuzahlung zu Heilmittel

in Höhe von 100 v. H.

Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt

(1)

Pflichtversicherte Auszubildende nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V können für sich, abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen), jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der BKK VerbundPlus zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt beträgt jährlich bis zu 160 EUR und ist höchstens 10 EUR höher als die nachfolgend genannte Prämie. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die BKK VerbundPlus dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie, unter Beachtung des § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V, in Höhe von bis zu 150 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im Voraus.

(2)

Nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden

- die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
- ambulante vertragsärztliche bzw. -zahnärztliche Behandlungen, die nicht als Einzelleistungen gesondert (extrabudgetär) vergütet werden oder die keine Verordnung zur Folge haben und
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V.

(3)

Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.

(4)

Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK VerbundPlus seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK VerbundPlus.

(5)

Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des auf die Wahl folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft. Besteht Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate, wird der Selbstbehalt und die Prämie nach Abs. 1 anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Abs. 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Der Wahltarif endet mit Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Abs. 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(1)

Versicherte können am Bonusprogramm der BKK VerbundPlus für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten einen Gesundheitsbonus nach § 65a Abs. 1 SGB V, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, wenn sie mindestens eine der folgenden Leistungen in Anspruch nehmen:

1. regelmäßige Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten gemäß §§ 25, 25a und 26 SGB V i.V.m. G-BA Richtlinien,
2. einmalige Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V,
3. Schutzimpfungen nach § 20i SGB V,
4. sämtliche Früherkennungsmaßnahmen nach der Mutterschaftsrichtlinie,
5. zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nach den §§ 22 Abs. 1, 26 Abs. 1, 28 Abs. 2 i.V.m. § 55 Abs. 1 SGB V.

(2)

Zusätzlich wird den Versicherten ein Bonus nach § 65a Absatz 1a SGB V gewährt, sofern sie folgende Maßnahmen nachweisen:

1. regelmäßige sportliche Aktivität in einem qualitätsgesicherten Fitness- oder Yoga-Studio,
2. Präventionskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V,
3. zertifizierte Ernährungskurse oder eigene Ernährungsprogramme der BKK VerbundPlus.

(3)

Versicherte erhalten im Rahmen der kalenderjährlichen Teilnahme einen Bonus in Höhe von je 50 Punkten für Maßnahmen nach § 14 Abs. 1 Ziffer 1 bis 4 und Abs. 2 Ziffer 1 bis 2.

Für Maßnahmen nach § 14 Abs. 1 Ziffer 5 und Abs. 2 Ziffer 3 werden je 100 Punkte gewährt.

Je 10 erworbene Punkte beträgt der Bonus 1 Euro je nachgewiesener Maßnahme.

(4)

Der Nachweis im Bonusheft erfolgt durch Bestätigung des Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringern.

(5)

Den Versicherten entstehende Kosten für die Nachweise werden von der BKK VerbundPlus nicht übernommen.

(6)

Die Einlösung des Bonus ist nur einmalig, abschließend für das jeweilige Kalenderjahr, möglich. Die Gesundheitsmaßnahmen sind bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres nachzuweisen.

(7)

Beitragsrückstände und andere Außenstände der Versicherten können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

Die Satzung wird ergänzt durch folgende Anlage zu § 14 der Satzung:

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Anlage zu § 14 der Satzung)

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK VerbundPlus. Der Versichertenstatus muss vor einer Erbringung der Nachweise bereits bestehen.

2. Zeitraum, Nachweis und Verfahren

Die Einlösung des Bonus ist nur einmalig, abschließend für das jeweilige Kalenderjahr (= Bonusjahr), möglich. Die Nachweise über die Gesundheits- und Vorsorgemaßnahmen sind bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt durch die Bestätigung eines Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringern.

3. Gesundheitsbonus

Versicherte erhalten im Rahmen der Teilnahme in einem Bonusjahr (= Kalenderjahr) jeweils einen Bonus

1. in Höhe von je 50 Punkten für die Maßnahmen 4.2., 4.3., 4.4., 4.5., 4.6., 4.7. und 4.8. und
2. in Höhe von je 100 Punkten für die Maßnahmen 4.1. und 4.9.

4. Bonifizierbare Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen

4.1 Zahnvorsorge

Für einen Bonus anrechenbar sind:

- drei Vorsorgeuntersuchungen zwischen dem 6.-33. Lebensmonat,
- jeweils eine jährliche Untersuchung bis zum Alter von 6 Jahren,
- halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen im Alter zwischen 7 und 18 Jahren (beide Halbjahresuntersuchungen sind nachzuweisen),
- eine jährliche Vorsorgeuntersuchung ab 18 Jahren.

4.2 Kinder und Jugendvorsorgemaßnahmen

Für einen Bonus anrechenbar sind

- die Untersuchungen U1 - U6. Diese müssen vollständig durchgeführt sein und es wird im Untersuchungsjahr der U6 ein Bonus gewährt,
- U7 – U11 sowie J1 und J2: Diese werden einzeln bonifiziert.

4.3 Krebsfrüherkennung

Für einen Bonus anrechenbar sind (nach den gesetzlichen Bestimmungen):

- Hautkrebsscreening
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Darmkrebsvorsorge
- Brustkrebsvorsorge

4.4 Check-Up

Für einen Bonus anrechenbar sind

- eine einmalige CheckUp-Untersuchung im Alterszeitraum zwischen 18 und 34 Jahren,
- CheckUp-Untersuchungen alle drei Jahre ab 35 Jahren.

4.5 Mutterschaftsvorsorge

Für einen Bonus anrechenbar sind sämtliche Früherkennungsmaßnahmen nach der Mutterschaftsrichtlinie, die im „Mutterpass“ vollständig dokumentiert sind. Der Bonus ist nach der Schwangerschaft einmalig anrechenbar.

4.6 Schutzimpfungen

Für einen Bonus anrechenbar ist die ärztliche Bestätigung über den Nachweis einer Impfung.

4.7 Fitness- oder Yoga Studio

Für einen Bonus anrechenbar ist eine im Bonusjahr bestehende Jahresmitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitness- oder Yoga-Studio.

4.8 Präventionskurs

Für einen Bonus anrechenbar ist die bestätigte Teilnahme (mindestens 80 %) an einem nach § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Gesundheitskurs in den Präventionsbereichen Bewegung, Sucht- und Stressvermeidung.

4.9 Ernährungskurs oder BKK Programm

Für einen Bonus anrechenbar ist die bestätigte Teilnahme (mindestens 80 %) an einem nach § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Ernährungskurs oder einem BKK VerbundPlus-eigenen Ernährungsprogramm.

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe

- derzeit nicht belegt -

§ 14b Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

(1)

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK VerbundPlus ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

(2)

Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK VerbundPlus für die Versicherten tätig wird.

(3)

Die Versicherten schließen, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK VerbundPlus.

(4)

Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

(1)

Die BKK VerbundPlus bietet

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

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

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

(2)

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

(3)

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

§ 16 Zusätzliche Leistungen

Die Versicherten der BKK VerbundPlus haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 16a Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a SGB V definierte Kostenbeteiligung hinaus, haben Versicherte Anspruch bei Durchführung einer In-Vitro (IVF) oder einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) auf einen weitergehenden Zuschuss von 200 EUR je Versuch, max. für 3 Versuche.

§ 16b Zahnärztliche Behandlung

(1)

Über die im SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus, erstattet die BKK VerbundPlus bei Vorlage der Rechnung die Kosten für folgende, von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnärzten durchgeführte Leistungen:

1. Anästhesie (Vollnarkose) und Sedierung bei chirurgischer Entfernung von Weisheitszähnen, sofern dies nicht eine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlichen Kosten, es werden max. 100 EUR erstattet. Für die Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.
2. Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 15, 14, 25, 24, 35, 34, 45, 44) im bleibenden Gebiss für Versicherte unter 18 Jahren. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlichen Kosten, es werden max. 20 EUR je Zahn erstattet.
3. Versiegelung von Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlichen Kosten, es werden max. 100 EUR erstattet.

(2)

Die erwachsenen Versicherten ab 18 Jahre erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der professionellen Zahnreinigung in Höhe vom 80% max. 80 EUR im Kalenderjahr.

§ 16c Hebammenleistungen

(1)

Rufbereitschaft Hebammen

1. Die BKK VerbundPlus erstattet Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme / einen Entbindungspfleger in Anspruch genommenen Kosten der Rufbereitschaft der Hebamme / des Entbindungspflegers innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung ist, dass die Hebamme / der Entbindungspfleger nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer / in zugelassen oder berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme / des Entbindungspflegers und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten.
2. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft bis zu einem Betrag von 250 EUR einmalig je Schwangerschaft. Für die Erstattung ist die Rechnung über die Rufbereitschaft vorzulegen.

(2)

Geburtsvorbereitung im Rahmen der Vorsorge

Die BKK VerbundPlus erstattet die Kosten für einen von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Geburtsvorbereitungskurs des Partners bis zu 50 EUR. Die Hebamme oder der Entbindungspfleger benötigen eine Zulassung gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder eine Berechtigung nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer. Die Erstattung erfolgt unter Vorlage der Teilnahmebescheinigung und der Rechnung im Rahmen der Kostenerstattung. Die Rechnung ist spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres nach der Entbindung vorzulegen.

§ 16d Schwangerschaftsleistungen

Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag nach der Entbindung bezuschusst. Zuschussfähig sind im Einzelfall nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt / -ärztin oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte(n) Arzt/Ärztin folgende Zusatzleistungen:

1. Toxoplasmose-Screening, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen)
2. Antikörpertest auf Ringelröteln
3. Antikörpertest auf Windpocken
4. B-Streptokokken-Test in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche

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

Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 150 EUR je Schwangerschaft möglich.

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

Zur Kostenerstattung sind der BKK VerbundPlus spezifizierte Rechnungen vorzulegen.

§ 16e Mehrleistungen für kinderorthopädische Hilfsmittel

Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthese (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn diese nach Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Voraussetzung ist, dass die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt/Fachärztin für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

Zur Übernahme der Kosten ist ein Kostenvoranschlag mit ärztlicher Verordnung einzureichen. Nach der Genehmigung kann die Abrechnung direkt mit dem Leistungserbringer erfolgen.

Maximal werden Kosten in Höhe von 2.000 EUR übernommen.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die BKK VerbundPlus vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK VerbundPlus führt das Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn.

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 20 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK VerbundPlus erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-verbundplus.de.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Artikel II

Inkrafttreten

(1)
Die Satzung wurde von den Verwaltungsräten der BKK VerbundPlus und von der Gemeinsamen Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG am 15.12.2021 beschlossen.

(2)
Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

Anlage zur Satzung (§ 2) Entschädigungsregelung

Der Verwaltungsrat hat diese Entschädigungsregelung gem. § 41 SGB IV festgesetzt. Die Regelung begrenzt die Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz (BRKG) enthaltenen Beträge.

- I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats gemäß § 41 SGB IV

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 (BRKG). Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des BRKG. Darüberhinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

Übernachungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, werden unter Beachtung des BRKG erstattet.

- 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 / 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs.2 des BRKG jeweils geltenden Sätze.
- d) Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer/in, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 64 EUR.

4. 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.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

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

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der / die Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 94 EUR.

Der / die stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner / ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 65 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die dem/r Vorsitzenden und dem/r stellvertretenden Vorsitzenden für ihre/seine Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen, mit Ausnahme von Reisekosten, werden durch einen monatlichen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten.

Der monatliche Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen. Der Pauschbetrag beträgt für den/die Vorsitzende/n und stellvertretende/n Vorsitzende/n 41 Euro.

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

Anderen Organmitgliedern kann ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für Ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

IV Verfahren

Die Entschädigungen sind innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme.

Anlage zur Satzung (§ 12 Abs. 6) Onkologische Erkrankungen im Sinne des § 12 Abs. 6

Bösartige Neubildungen des/der ...

- C00-C14 Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- C15-C26 Verdauungsorgane
- C30-C39 Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- C40-C41 Knochens und des Gelenkknorpels
- C43-C44 Haut, Melanom und sonstige
- C45-C49 mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
- C50-C50 Brustdrüse [Mamma]
- C51-C58 weiblichen Genitalorgane
- C60-C63 männlichen Genitalorgane
- C64-C68 Harnorgane
- C69-C72 Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
- C73-C75 Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen

In - situ – Neubildungen...

- D00.- der Mundhöhle, des Ösophagus und des Magens
- D01.- sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
- D02.- des Mittelohres und des Atmungssystems
- D03.- Melanoma in situ
- D04.- der Haut
- D05.- der Brustdrüse [Mamma]
- D06.- der Cervix uteri
- D07.- sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane
- D09.- sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

Gutartige Neubildung ...

- D10.- des Mundes und des Pharynx
- D11.- der großen Speicheldrüsen
- D12.- des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
- D13.- sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems
- D14.- des Mittelohres und des Atmungssystems
- D15.- sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
- D16.- des Knochens und des Gelenkknorpels
- D17.- des Fettgewebes
- D18.- Hämangiom und Lymphangiom
- D19.- des mesothelialen Gewebes
- D20.- des Weichteilgewebes des Retroperitoneums und des Peritoneums
- D21.- Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
- D22.- Haut, Melanozytennävus
- D23.- Haut, sonstige
- D24.- der Brustdrüse [Mamma]
- D25.- Uterus, Leiomyom
- D26.- Uterus, sonstige
- D27.- des Ovars
- D28.- sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane
- D29.- der männlichen Genitalorgane
- D30.- der Harnorgane
- D31.- des Auges und der Augenanhangsgebilde
- D32.- der Meningen
- D33.- des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
- D34.- der Schilddrüse
- D35.- sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen

D36.- an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen

Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens...

D37.- der Mundhöhle und der Verdauungsorgane

D38.- des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe

D39.- der weiblichen Genitalorgane

D40.- der männlichen Genitalorgane

D41.- der Harnorgane

D42.- der Meningen

D43.- des Gehirns und des Zentralnervensystems

D44.- der endokrinen Drüsen

D45 - Polycythaemia vera

D46.- Myelodysplastische Syndrome

D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

D48 - an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisation

Orthopädische Erkrankungen im Sinne des § 12 Abs.6 Nr. 2b der Satzung (Anlage zu § 12 Abs. 6 Nr. 2b der Satzung)

Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens...

M00 – M25 Arthropathien

M15 – M19- Arthrose

M20 – M25- sonstige Gelenkerkrankungen

M40 – M54- Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

M40 – M43-- Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

M45 – M49- Spondylopathien

M50 – M54- sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

M60 – M79 Krankheiten des Weichteilgewebes

M70 – M79 sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes

Anlage zur Satzung (§ 14) Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK VerbundPlus. Der Versichertenstatus muss vor einer Erbringung der Nachweise bereits bestehen.

2. Zeitraum, Nachweis und Verfahren

Die Einlösung des Bonus ist nur einmalig, abschließend für das jeweilige Kalenderjahr (= Bonusjahr), möglich. Die Nachweise über die Gesundheits- und Vorsorgemaßnahmen sind bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres nachzuweisen.

Der Nachweis erfolgt durch die Bestätigung eines Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringern.

3. Gesundheitsbonus

Versicherte erhalten im Rahmen der Teilnahme in einem Bonusjahr (= Kalenderjahr) jeweils einen Bonus

1. in Höhe von je 50 Punkten für die Maßnahmen 4.2., 4.3., 4.4., 4.5., 4.6., 4.7. und 4.8. und
2. in Höhe von je 100 Punkten für die Maßnahmen 4.1. und 4.9.

4. Bonifizierbare Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen

4.1 Zahnvorsorge

Für einen Bonus anrechenbar sind:

- drei Vorsorgeuntersuchungen zwischen dem 6.-33. Lebensmonat,
- jeweils eine jährliche Untersuchung bis zum Alter von 6 Jahren,
- halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen im Alter zwischen 7 und 18 Jahren (beide Halbjahresuntersuchungen sind nachzuweisen),
- eine jährliche Vorsorgeuntersuchung ab 18 Jahren.

4.2 Kinder und Jugendvorsorgemaßnahmen

Für einen Bonus anrechenbar sind

- die Untersuchungen U1 - U6. Diese müssen vollständig durchgeführt sein und es wird im Untersuchungsjahr der U6 ein Bonus gewährt,
- U7 – U11 sowie J1 und J2: Diese werden einzeln bonifiziert.

4.3 Krebsfrüherkennung

Für einen Bonus anrechenbar sind (nach den gesetzlichen Bestimmungen):

- Hautkrebsscreening
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Darmkrebsvorsorge
- Brustkrebsvorsorge

4.4 Check-Up

Für einen Bonus anrechenbar sind

- eine einmalige CheckUp-Untersuchung im Alterszeitraum zwischen 18 und 34 Jahren,
- CheckUp-Untersuchungen alle drei Jahre ab 35 Jahren.

4.5 Mutterschaftsvorsorge

Für einen Bonus anrechenbar sind sämtliche Früherkennungsmaßnahmen nach der Mutterschaftsrichtlinie, die im „Mutterpass“ vollständig dokumentiert sind. Der Bonus ist nach der Schwangerschaft einmalig anrechenbar.

4.6 Vollständiger Impfschutz

Für einen Bonus anrechenbar ist die ärztliche Bestätigung über den Nachweis einer Impfung.

4.7 Fitness- oder Yoga Studio

Für einen Bonus anrechenbar ist eine im Bonusjahr bestehende Jahresmitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitness- oder Yoga-Studio.

4.8 Präventionskurs

Für einen Bonus anrechenbar ist die bestätigte Teilnahme (mindestens 80 %) an einem nach § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Gesundheitskurs in den Präventionsbereichen Bewegung, Sucht- und Stressvermeidung.

4.9 Ernährungskurs oder BKK Programm

Für einen Bonus anrechenbar ist die bestätigte Teilnahme (mindestens 80 %) an einem nach § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Ernährungskurs oder einem BKK VerbundPlus-eigenen Ernährungsprogramm.

Anlage zur Satzung (§ 15) Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die BKK VerbundPlus bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente / grenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK VerbundPlus erklären.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

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

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK VerbundPlus 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 BKK VerbundPlus aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK VerbundPlus haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK VerbundPlus nachzuweisen und die BKK VerbundPlus über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

8. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.
Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt, für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:
Wahltarifkrankengeld

Kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

13. Die BKK VerbundPlus darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

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

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i.V.m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK VerbundPlus nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK VerbundPlus kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise 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, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u. a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK VerbundPlus

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

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

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

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

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

Dauer

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

Höhe

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

27. Die BKK VerbundPlus kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK VerbundPlus sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK VerbundPlus auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK VerbundPlus im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK VerbundPlus unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK VerbundPlus nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK VerbundPlus folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK VerbundPlus über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.