

Satzung

der

SECURVITA BKK

Stand: Februar 2015

INHALTSVERZEICHNIS

Artikel I

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger
- § 7 Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft
- § 7a Bindungsfrist und Kündigung von Wahlтарifen
- § 8 Aufbringung der Mittel
- § 9 Bemessung der Beiträge
- § 9a Prämienzahlung
- § 9b (-)
- § 9c (-)
- § 10 Beitragssätze
- § 11 Fälligkeit der Beiträge
- § 11a Beitragsvorschüsse
- § 11b Erhebung von Mahn- und Vollstreckungsgebühren
- § 11c Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 12 Höhe der Rücklage
- § 13 Leistungen
- § 13a Selbstbehalt
- § 13b Selbstbehalt
- § 13c Wahlтарif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13d Wahlтарif Integrierte Versorgung
- § 13e Wahlтарif Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13f Wahlтарif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13g Wahlтарif Krankentagegeld
- § 13h Wahlтарif Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung
- § 14 Schutzimpfungen
- § 15 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 17 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 18 Prävention, Krankheitsverhütung, betriebliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung
- § 18a Zusatzleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- § 18b Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V
- § 19 Modellvorhaben
- § 20 Aufsicht
- § 21 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 22 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung - Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

Anlage zu § 13g Wahlтарife Krankentagegeld

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1

Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

SECURVITA BKK.

Die SECURVITA BKK hat ihren Sitz in Hamburg.

(2) (X)

(3) Der Bereich der SECURVITA BKK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2

Verwaltungsrat

(1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der SECURVITA BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n).

(2) Dem Verwaltungsrat der SECURVITA BKK gehören als Mitglieder drei Versichertenvertreter und drei Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

(3) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik und überwacht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages die Arbeit des Vorstandes. Er beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Kasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Zur Darstellung seiner mittel- und langfristigen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der Kasse kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien formulieren über

1. die Gesundheits- und Sozialpolitik,

2. die Finanzpolitik, insbesondere die Strategien zur Beitragssatz- und Haushaltsentwicklung,

3. die Wettbewerbsziele, Vertrieb und Marketing,

4. die Organisationsstruktur,

5. die Vertragspolitik und

6. die Personal- und Tarifpolitik.

(4) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (vgl. auch Abs. 3 Satz 3),

2. den Vorstand sowie aus dessen Mitte die/den Vorstandsvorsitzende/n zu wählen,

3. für die Abgrenzung der Zuständigkeiten der Vorstandsmitglieder deren Geschäftsbereiche in Abstimmung mit dem Vorstand zu beschließen,

4. den Vorstand zu überwachen,
 5. die SECURVITA BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 6. über die Änderungen der Satzung zu beschließen,
 7. den Haushaltsplan festzustellen,
 8. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31SVHV 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,
 9. den Jahresbericht entgegenzunehmen und über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 10. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 11. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.
- (5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - (6) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
 - (7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
 - (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
 - (9) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - (10) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- (1) Der Vorstand der Krankenkasse besteht aus einer Person.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die SECURVITA BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die SECURVITA BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimm-

men, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

6. 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,
 7. die SECURVITA BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
 8. eine Kassenordnung aufzustellen,
 9. die Beiträge einzuziehen,
 10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der SECURVITA BKK abzuschließen,
 11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der SECURVITA BKK wird vom Vorstand eingestellt. Die Entscheidung über die Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern der SECURVITA BKK, die unmittelbar dem Vorstand berichten und nicht unter den Geltungsbereich des für die SECURVITA BKK maßgeblichen Tarifvertrages fallen, trifft der Vorstand im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.
- (5) Der Vorstand stellt auf der Grundlage der vom Verwaltungsrat beschlossenen Abgrenzung der Geschäftsbe-
reiche und unter Beachtung der Leitlinien des Verwaltungsrates (vgl. § 2 Abs. 3) Richtlinien auf. Innerhalb
dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich, un-
beschadet der Gesamtverantwortung des Vorstandes.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hamburg.
- (2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Versicherten und einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der SECURVITA BKK mit je einer Stimme.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat eine Stellvertreterin bzw. einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt, die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

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

 5. Die/der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Die/der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der SECURVITA BKK sein kann.
 6. Der Vorstand und/oder ein(e) vom Vorstand Beauftragte(r) nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4 OWiG wahr.

§ 5

Kreis der versicherten Personen

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der SECURVITA BKK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind.
Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandesgesetzes 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 (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistungen nur darlehensweise gewährt werden oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenervertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht: hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung.
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte. Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 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 Fremdenrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
 14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.
- (2) Freiwillige Mitglieder

Die Mitgliedschaft zur SECURVITA BKK können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
 2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
 3. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX - wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen -, wenn sie bei ihrem Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind.
 4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen.
- (3) Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse. § 11 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LpartG) findet entsprechende Anwendung.

(4) Anzeigepflicht

Die Versicherten sind verpflichtet, der Krankenkasse alle für die Durchführung der Versicherung notwendigen Angaben sowie unaufgefordert deren Veränderungen unverzüglich anzuzeigen.

§ 6

Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

- (1) Der Versicherungspflichtige ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ist zum Ablauf des übernächsten Monats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem die Kündigung erklärt wird. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn der Versicherungspflichtige innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
- (2) Erhebt die SECURVITA BKK nach § 242 (1) SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz (1) bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die SECURVITA BKK hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten

Zeitpunkt in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die SECURVITA BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

§ 7

Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft

- (1) Das freiwillige Mitglied ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das freiwillige Mitglied seinen Austritt erklärt. Die Kündigung wird wirksam, wenn das freiwillige Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft in einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
- (2) Erhebt die SECURVITA BKK nach § 242 (1) SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz (1) bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die SECURVITA BKK hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die SECURVITA BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- (3) Abweichend von Absatz (1) kann die freiwillige Mitgliedschaft ohne Einhaltung einer Frist nach Absatz (1) Satz 1 beendet werden, wenn die Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllt sind oder wenn keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründet werden kann. Die freiwillige Mitgliedschaft kann durch Austritt zu dem Zeitpunkt beendet werden, ab dem ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht. Ansonsten gilt Absatz (1) Satz 2.

§ 7a

Bindungsfrist und Kündigung von Wahlтарifen

- (1) Die Mindestbindungsfrist an die Wahlтарife nach § 9a und § 13h beträgt ein Jahr und für die Wahlтарife nach § 13b und 13g drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Wahlтарifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich der Wahlтарif und löst eine neue Mindestbindungsfrist analog der ersten 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 Mindestbindungsfrist gekündigt werden, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach § 13 g dieser Satzung.
- (2) Der Wahlтарif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der SECURVITA BKK.
- (3) Für den Wahlтарif 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.
- (4) Bei Änderungen der Tarifbedingungen eines Wahlтарifes endet die Bindung des Mitglieds zum Ende des laufenden Kalenderjahres. Es ist eine Neuwahl des Nachfolgetarifs notwendig, für den dann erneut die Min-

destbindung von 3 Jahren gilt. Über die Beendigung des alten Wahltarifs und das Erfordernis der Neuwahl des Nachfolgetarifs sind die Teilnehmer gesondert schriftlich zu informieren.

- (5) Diese Regelungen gelten nur für Wahltarife, in denen ausdrücklich auf sie Bezug genommen wird.

§ 8 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der SECURVITA BKK werden durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 9 Bemessung der Beiträge

Die Beitragsbemessung richtet sich 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 Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 9a Prämienzahlung

- (1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der SECURVITA BKK versichert waren, erhalten für das abgelaufene Kalenderjahr eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der SECURVITA BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- (2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V und § 20d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- (3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des in dem Kalenderjahr, für das die Prämienzahlung gewährt wird, an die SECURVITA BKK gezahlten und um den Erstattungsbetrag bei der Wahl eines Selbstbehaltes nach § 13a und § 13b reduzierten Beitrages einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.
- (4) Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträgen mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- (5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz (1) nicht wählen.
- (6) Die Auszahlung der Prämie erfolgt im August des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.
- (7) Es gelten die Regelungen des § 7a.

§ 9b (-)

§ 9c (-)

§ 10 Beitragsätze

Die Bundesregierung legt die Beitragsätze in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest (§§ 241 und 243 SGB V).

§ 10a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse 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.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

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

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

- (2) Für Krankenversicherungsbeiträge der freiwillig versicherten Arbeitnehmer, die vom Arbeitgeber gezahlt werden, gilt Absatz (3) entsprechend.
- (3) Die Fälligkeit der sonstigen Beiträge richtet sich 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 Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils aktuellen Fassung.
- (4) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig. (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- (5) Die Fälligkeit und die Zahlung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages gemäß § 242 Absatz 1 SGB V richtet sich nach den gesetzlichen Regelungen.

§ 11a Beitragsvorschüsse

- (1) Die SECURVITA BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
 - die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- (2) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden.
Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11b Erhebung von Mahn- und Vollstreckungsgebühren

Für die Mahnung und Vollstreckung von Forderungen können im Rahmen von § 19 Abs. 1 und 2 VwVG i. V. m. § 337 Abs. 1, §§ 338-346 AO Mahn- und Vollstreckungsgebühren erhoben werden.

§ 11c

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

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

§ 12

Höhe der Rücklage

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

§ 12a

Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

- (1) Die SECURVITA BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.
- (2) Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der SECURVITA BKK erfolgt darüber hinaus
 - durch Aushang in den Räumen der SECURVITA BKK und
 - in der Zeitschrift Securital.Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der SECURVITA BKK beträgt die Aushangfrist 6 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 13

Leistungen

- (1) Für die Versicherten der SECURVITA BKK gelten die Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).
- (2) Die SECURVITA BKK stellt den Versicherten die im Dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (3) Die Versicherten der SECURVITA BKK erhalten somit Leistungen
 - zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V)
 - zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 bis 26 SGB V) und
 - zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
 - des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.

(4) 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 innerhalb von maximal vier Wochen je Krankheitsfall erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

(5) Haushaltshilfe

1. Die SECURVITA BKK übernimmt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann die Kosten für die Haushaltshilfe, wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt.
2. Über die Regelungen des § 38 Abs. 1 SGB V hinaus erhalten Versicherte für die Dauer von maximal vier Wochen je Kalenderjahr Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushaltes wegen einer akuten Erkrankung nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Kann die SECURVITA BKK keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund davon abzusehen, sind dem Versicherten die nachgewiesenen Kosten, maximal in Höhe der gesetzlichen Regelung nach § 38 SGB V für maximal 4 Stunden pro Tag, für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; es können jedoch für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(6) (-)

(7) (-)

(8) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

(1) als dasjenige, für das die SECURVITA BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

(2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten (Erstattungsbetrag).

Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

3. Der Erstattungsbetrag (Apothekenverkaufspreis) für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 SGB V ist um 50 v. H. als Abschlag für die der SECURVITA BKK entgangenen Vertragsrabatte und die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

(9) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von nach dem Vierten Kapitel des SGB V zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Hierüber haben sie die SECURVITA BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht zugelassene Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der SECURVITA BKK in Anspruch genommen werden. Diese kann erteilt werden, wenn die Leistungserbringer zu den im Vierten Kapitel des SGB V genannten Berufsgruppen gehören und medizinische oder soziale Gründe ihre Inanspruchnahme rechtfertigen sowie eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die kollektiv auf eine Zulassung verzichtet haben (§ 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V) ist ausgeschlossen.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung bei der SECURVITA BKK nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die SECURVITA BKK davon Kenntnis erhält.

6. (-)
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 4,00 € und maximal 65 € 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 SECURVITA BKK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

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

(10) Leistungsausschluss

1. 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.
2. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der SECURVITA BKK 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 SECURVITA BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der SECURVITA BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die SECURVITA BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13a (-)

§ 13b Selbstbehalt

- (1) Mitglieder können, sofern ihre Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, für einzelne Leistungen pro Kalenderjahr einen Teil der von der SECURVITA BKK zu tragenden Kosten in Höhe von € 600,- übernehmen (Selbstbehalt).

Hierbei werden folgende Leistungen für das Mitglied dem Selbstbehalt von € 600,- unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft im Sinne der RVO handelt:

- Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V (§ 13 Abs. 2 der Satzung)
- Vorsorgekuren nach §§ 23 Abs. 2, 24 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 1 der Satzung)
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 3 der Satzung)
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (§ 13 Abs. 3, § 13 Abs. 5 der Satzung)
- Heilmittel nach § 32 und § 11 Abs. 6 i.V.m. § 32 SGB V (§ 13 Abs. 3 und § 18a Abs. 2 bis 4 der Satzung)
- Leistungen der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V (§§ 13d und 13f der Satzung)

Für die Dauer der Entscheidung für diesen Selbstbehalttarif erstattet die SECURVITA BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Höhe der Prämie beträgt 300,00 EUR pro Jahr. Es gelten die Regelungen des § 9a Abs. 4.

- (2) Die Zahlung erfolgt jeweils nachträglich nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres in Höhe von jeweils der Hälfte des jährlichen Prämienbetrags.
- (3) Die Wahl des Selbstbehalttarifs hat durch schriftliche Erklärung des Mitgliedes zu erfolgen und wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit der Selbstbehalttarif während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, werden der Selbstbehalt nach Absatz 1 und die Prämienzahlung nach Absatz 2 anteilig berechnet.

Freiwillig Versicherten wird die Wahl des Selbstbehalttarifs versagt, wenn die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind. Das gleiche gilt bei Versicherten, die mit der SECURVITA BKK eine Ratenzahlung vereinbart haben.

- (4) Es gelten die Regelungen des § 7a.
- (5) Wenn nach der Wahl des Selbstbehalttarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

§ 13c

Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

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

Die gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Selektivverträgen (Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, integrierte Versorgung nach § 140a SGB V), ist unzulässig, wenn deren Leistungsinhalte sich überschneiden. Nimmt ein Versicherter an einem Vertrag der hausarztzentrierten Versorgung teil, bei dem alle hausärztlichen Leistungen über diesen Vertrag vergütet werden und somit die Rolle des Hausarztes deutlich gestärkt wird, kann der Versicherte insbesondere nicht gleichzeitig an einem auf dauerhafte Teilnahme angelegten Vertrag zur besonderen ärztlichen Versorgung teilnehmen.

Erhält die SECURVITA BKK Kenntnis davon, dass ein Versicherter in mehr als einem Vertrag eingeschrieben ist und die gleichzeitige Teilnahme an diesen Verträgen nach diesen Bestimmungen ausgeschlossen ist, muss sich der Versicherte nach Aufforderung der SECURVITA BKK mit Wirkung zum nächsten Quartal für einen Vertrag entscheiden. Erhält die SECURVITA BKK Kenntnis davon, dass der Versicherte im Rahmen des Versorgungsauftrags ohne Überweisung einen anderen Arzt in Anspruch nimmt, ohne dass dies im Vertrag ausdrücklich zugelassen ist, schließt die SECURVITA BKK den Versicherten vom Vertrag aus.

- (2) Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber der SECURVITA BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Abs. 1 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.

Für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entscheidet ausschließlich ein gesetzlicher Vertreter über die Einschreibung.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der SECURVITA BKK genannt ist.

Dem Bestätigungsschreiben ist ein Informationsblatt über die wesentlichen Leistungsinhalte und Bedingungen der Teilnahme des jeweiligen Hausarztvertrages sowie über die sich aus der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherten beigelegt. Damit verbunden ist ein 14-tägiges Widerrufsrecht der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

- (3) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die SECURVITA BKK stellt den teilnehmenden Versicherten auf Wunsch das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte an seinem Wohnort zur Verfügung.

Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, aktiv an der Gestaltung seiner Versorgung mitzuwirken.

Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen sollen ebenfalls nur in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt bzw. mit dem Facharzt, der per Hausarztüberweisung in Anspruch genommen worden ist, erfolgen.

Soweit die SECURVITA BKK Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Gemeinschaft von Kinder- und Jugendärzten abgeschlossen hat, gelten die vorgenannten Regelungen entsprechend.

- (4) Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach den Absätzen 2 und 3 ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Unberührt hiervon bleibt die Verpflichtung, für mindestens ein Jahr an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen.

Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Abs. 2 und 3 kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen.

Die Kündigung ist der SECURVITA BKK schriftlich zu erklären. Kündigt er nicht oder nicht fristgerecht, so verlängert sich seine Teilnahme um ein weiteres Jahr.

- (5) Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Abs. 4, soll der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden.

§ 13d

Wahltarif Integrierte Versorgung

- (1) Die SECURVITA BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Die SECURVITA BKK führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die SECURVITA BKK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13e

Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

- (1) Die SECURVITA BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 - Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 - Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 - Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 - Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 - 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.

- (2) (-)

§ 13f

Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die SECURVITA BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Medizinischen Versorgungszentren, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Die gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Selektivverträgen (hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, integrierte Versorgung nach § 140a SGB V), ist unzulässig, wenn deren Leistungsinhalte sich überschneiden. Nimmt ein Versicherter an einem Vertrag der hausarztzentrierten Versorgung teil, bei dem alle hausärztlichen Leistungen über diesen Vertrag vergütet werden und somit die Rolle des Hausarztes deutlich gestärkt wird, kann der Versicherte insbesondere nicht gleichzeitig an einem auf dauerhafte Teilnahme angelegten Vertrag zur besonderen ärztlichen Versorgung teilnehmen.

Erhält die SECURVITA BKK Kenntnis davon, dass ein Versicherter in mehr als einem Vertrag eingeschrieben ist und die gleichzeitige Teilnahme an diesen Verträgen nach diesen Bestimmungen ausgeschlossen ist, muss sich der Versicherte nach Aufforderung der SECURVITA BKK mit Wirkung zum nächsten Quartal für einen Vertrag entscheiden. Erhält die SECURVITA BKK Kenntnis davon, dass der Versicherte im Rahmen des Versorgungsauftrags ohne Überweisung einen anderen Arzt in Anspruch nimmt, ohne dass dies im Vertrag ausdrücklich zugelassen ist, schließt die SECURVITA BKK den Versicherten vom Vertrag aus.

- (3) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die SECURVITA BKK führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante Versorgung nach § 73 c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, die Folgen bei Pflichtverstößen und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie ggf. weitere Ausnahmen vom Überweisungsgebot. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die SECURVITA BKK stellt den teilnehmenden Versicherten auf Wunsch das Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.
- (4) Der Versicherte ist an die Wahl seines vertraglich gebundenen Leistungserbringers sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz (3) ein Jahr gebunden; er soll den vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung seiner Verpflichtungen nach Absatz (3) kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der SECURVITA BKK schriftlich zu erklären.

§ 13g Wahltarif Krankentagegeld

Die SECURVITA BKK 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 vom 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Die Einzelheiten dieser Tarife sind in der Anlage dieser Satzung geregelt. Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe dieser Anlage, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 13h Wahltarif Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung

- (1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung einen Tarif für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung wählen.
- (2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 13c bis 13f ist ausgeschlossen.
- (3) Die Wahl des Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA BKK.
- (4) Erstattet werden dem Versicherten entstandene und nachgewiesene Kosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt und der Versicherte für diese Leistungen nicht bereits Sach- oder Dienstleistung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen hat. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen des Tarifs ausgeschlossen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt 92,5 vom Hundert des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen werden bis zum maximal 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages berücksichtigt.
- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 3. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Die Prämienhöhe errechnet sich nach dem Alter des Versicherten nach der Formel „Kalenderjahr der Teilnahme minus Geburtsjahr“.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

Alter in Jahren	Monatsprämie in Euro
0 - 18	19,90 Euro
19 - 35	25,50 Euro
36 - 45	38,30 Euro
46 - 65	51,20 Euro
über 65	75,00 Euro

Das Mitglied erhält einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie, wenn der SECURVITA BKK die Genehmigung erteilt wird, die fällige Prämie mittels Bankeinzug von einem Konto abzurufen.

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 3 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 5 vom Hundert der Prämie.

Gerät das Mitglied mit mehr als zwei Monatsprämien in Rückstand, ruht der Anspruch auf Erstattung im Rahmen des Tarifs, bis das Mitglied alle rückständigen Prämien sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, beglichen hat.

- (6) Für Versicherte, die in einem vollen Kalenderjahr keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung. Voraussetzung ist, dass die Prämien für das Kalenderjahr sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig gezahlt wurden. Die Höhe der Prämienrückerstattung beträgt 25 vom Hundert der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Sofern ein Versicherter in mehreren ohne Unterbrechung aufeinander folgenden Kalenderjahren keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch nimmt, erhöht sich die Prämienrückerstattung mit jedem weiteren vollen Kalenderjahr ohne Leistungen um 5 vom Hundert der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Die Höhe der Prämienrückerstattung ist auf maximal 50 vom Hundert der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien begrenzt.
- (7) Es gelten die Regelungen des § 7a.
- (8) Wenn nach der Wahl des Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

§ 14 Schutzimpfungen

- (1) Versicherte erhalten alle Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V im Rahmen der jeweils gültigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (2) Die SECURVITA BKK übernimmt die Kosten abweichend von Absatz (1) auch für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese für das jeweilige Reiseland von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden und wenn die Impfstoffe in Deutschland zugelassen sind. Soweit durch gesetzliche Regelungen die Leistungspflicht Dritter besteht, ist eine Kostenübernahme durch die Securvita BKK ausgeschlossen.
- (3) Die SECURVITA BKK beteiligt sich an Impfaktionen der betriebsärztlichen Dienste durch Übernahme der Kosten der Impfstoffe für die Impfung der Versicherten der SECURVITA BKK, soweit die Kosten hierfür nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften durch andere zu tragen sind. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten der Impfstoffe besteht höchstens in Höhe der Kosten, die die SECURVITA BKK bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

§ 15 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

- (1) Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in anerkannten Kurorten übernimmt die SECURVITA BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kur-

taxe kalendertäglich 13,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 €.

- (2) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.
- (3) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

§ 16

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- (1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie mehrere der folgenden Voraussetzungen nachweisen:
 1. Versicherte ab dem 35. Lebensjahr nehmen alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Versicherte Frauen ab dem 20. Lebensjahr und versicherte Männer ab dem 45. Lebensjahr nehmen jährlich an einer Krebsfruherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Der Versicherte nimmt mindestens alle 2 Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 5. Der Versicherte hält seinen BMI im Bereich zwischen 18 und 27 oder hat seinen BMI innerhalb eines Jahres um 2 Punkte dem o. g. Bereich genähert.
 6. Der Versicherte beteiligt sich an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, die von der SECURVITA BKK anerkannt sind, oder an gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Sportverein oder in Fitnessseinrichtungen.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in einem von der SECURVITA BKK vorgegebenen Verfahren quittiert.

Der Versicherte wählt aus einem nach Anzahl der Bonuspunkte gestaffelten Angebot eine Premie aus.

Die Bonuspunkte können über mehrere Jahre angesammelt werden, um aus dem Pramienkatalog eine höherwertige Gesundheitspremie auszuwählen.

Einzelheiten zum Bonusprogramm werden in Ausführungsbestimmungen geregelt, die vom Vorstand der SECURVITA BKK aufzustellen sind.

Ausführungsbestimmungen:

1.

Dieses Bonusprogramm wird kontinuierlich durch entsprechende Vereinbarungen mit Leistungserbringern und Anbietern gesundheitsförderlicher Maßnahmen weiterentwickelt und konkretisiert.

2.

Bei der konkreten Durchführung des Bonusprogramms und den Informationen an die Versicherten sind folgende Punkte zu beachten:

2.1.

Mindestpunktzahl für eine gesundheitsorientierte Sachpremie

Die Mindestpunktzahl für die Auswahlmöglichkeit einer gesundheitsorientierten Sachpremie beträgt 500 Punkte.

2.2. Anspruchsvoraussetzungen

Gesundheitsförderung ist eine kontinuierliche Aktivität und muss auch durch die Versicherten kontinuierlich erbracht werden, damit sie dafür einen Bonus erhalten.

24 Monate nach Erlangung der Bonuspunkte verfallen nicht eingelöste Bonuspunkte, wenn der Versicherte in diesem Zeitraum nicht gleichzeitig neue Bonuspunkte erwirbt.

2.3. Anrechenbarkeit und Verfallsdatum

Die Versicherten können Bonuspunkte ansammeln, um höherwertige Sachprämien auswählen zu können. Die angesammelten Bonuspunkte verfallen nach vier Jahren nach Gutschriftsdatum, wenn sie nicht in Anspruch genommen werden.

(2) (-)

§ 17

Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Für die in § 5 Abs. 2 bezeichneten Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

§ 18

Prävention, Krankheitsverhütung, betriebliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung

(1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Minderung sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die SECURVITA BKK Leistungen zur primären Prävention auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung. Diese Präventionsmaßnahmen sollen nach den Grundsätzen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation dem einzelnen Versicherten helfen, durch gesunde Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten zu verringern oder zu verzögern oder zu vermeiden.

(2) Die SECURVITA BKK gewährt folgende Leistungen:

1. Bewegungsgewohnheiten:

Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme, Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken (Präventives Muskelaufbautraining, Präventives Herz-Kreislauf-Training, Wirbelsäulengymnastik, präventive Rückenschulen)

2. Ernährung:

Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel und Fehlernährung (Kurse zur vollwertigen und ausgewogenen Ernährung, Gewichtsreduktionskurse)

3. Entspannung:

Leistungen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressbedingter Krankheiten (Autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Stressbewältigungstraining, Tai-Chi-Kurse, Qi-Gong-Kurse)

4. Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln:

Maßnahmen zur individuellen Unterstützung bei der Nikotinentwöhnung.

(3) Die SECURVITA BKK gewährt die in den Absätzen (1) bis (2) genannten Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen. Leistungen, die von der SECURVITA BKK selbst erbracht werden, erhält der Versicherte ohne Kostenbeteiligung. Zu vergleichbaren Leistungen von Fremdanbietern wird bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 % der entstandenen Kosten, maximal aber von EUR 75,- je Maßnahme unter der Voraussetzung gewährt, dass das Angebot ein von der SECURVITA BKK autorisiertes Qualitätsmanagement sicherstellt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V und für Empfänger/innen von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber EUR 95,- je Maßnahme.

Für Versicherte bis zum vollendetem 18. Lebensjahr beträgt der Zuschuss einheitlich 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber EUR 95,- je Maßnahme.

Für die Teilnahme an Maßnahmen von Anbietern, die mit der SECURVITA BKK besondere Verträge hinsichtlich Qualität und Curriculum geschlossen haben, leistet die SECURVITA BKK je nach vertraglicher Vereinbarung darüber hinaus gehende Zuschüsse, Voraussetzung ist hierfür ebenfalls die Vorlage einer Teilnahmebestätigung.

- (4) Die SECURVITA BKK kann sich auf Antrag von Versicherten oder Arbeitgebern an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in folgenden Handlungsfeldern beteiligen:
1. Arbeitsbedingte körperliche Belastung: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
 2. Psychosozialer Stress: Stressmanagement; gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.

Die Kostenbeteiligung erfolgt individuell, abhängig von der jeweiligen Maßnahme und den Durchführungsbedingungen im Betrieb, jedoch maximal in Höhe von EUR 75,- je beteiligtem bei der SECURVITA BKK versichertem Mitarbeiter.

- (5) Die SECURVITA BKK fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen auf der Basis der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbarten Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe gemäß §20 Abs. c SGB V.

§ 18a Zusatzleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

- (1) Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Aus den nachfolgenden Regelungen ergeben sich die Art, die Dauer und der Umfang der einzelnen Leistungen.
- (2) Anthroposophische Heilmittel
1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können nach ärztlicher Verordnung anthroposophische Heilmittel in Anspruch nehmen, wenn sie notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
 2. Der Anspruch besteht für maximal 25 Therapieeinheiten Heileurythmie / Kunsttherapie und maximal 10 Therapieeinheiten Rhythmische Massage im Kalenderjahr.
 3. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt.
 4. Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen sind die spezifizierten Originalrechnungen und ärztlichen Verordnungen einzureichen.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe von jeweils

Heileurythmie	40 EURO pro Therapieeinheit
Kunsttherapie	45 EURO pro Therapieeinheit
Rhythmische Massage	35 EURO pro Therapieeinheit

Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 32 Abs. 2 SGB V.

- (3) Chiropraktik
1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können mit einer ärztlichen Verordnung chiropraktische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
 2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung von qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt wird. Als qualifizierte Leistungserbringer gelten Personen, die Mitglieder eines Berufsverbandes der Chiropraktoren sind, dessen Zugangsvoraussetzung ein erfolgreich abgeschlossenes Studium der Chiropraktik ist, welches den Anforderungen der WHO – Richtlinien entspricht sowie die Zulassung als Heilpraktiker nach dem Heilpraktikergesetz.

3. Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen sind die spezifizierten Original-rechnungen und ärztlichen Verordnungen einzureichen. Die Kosten werden für maximal zehn Sitzungen im Kalenderjahr pro Versicherten übernommen. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 60 EURO pro Sitzung. Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 32 Abs. 2 SGB V. Die Leistungen nach Abs. (4) werden auf den Anspruch angerechnet.
- (4) Osteopathie
1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können nach ärztlicher Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
 2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
 3. Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen sind die spezifizierten Originalrechnungen und ärztlichen Verordnungen einzureichen. Die Kosten werden für maximal zehn Sitzungen im Kalenderjahr pro Versicherten übernommen. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 60 EURO pro Sitzung. Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 32 Abs. 2 SGB V. Die Leistungen nach Abs. (3) werden auf den Anspruch angerechnet.
- (5) Professionelle Zahnreinigung
1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung.
 2. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Originalrechnung einzureichen. Der Zuschuss wird bis zu zweimal im Kalenderjahr in Höhe von je 26 EURO gewährt. Eine Bezuschussung ist ausgeschlossen, sofern ein Zuschuss nach § 18b Abs. 3 gewährt wird.

§ 18b

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V

- (1) Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V, die von nach §134a SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten freiberuflichen Hebammen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. 3 erbracht werden.

Aus den nachfolgenden Regelungen ergeben sich die Art, die Dauer und der Umfang der einzelnen Leistungen.

- (2) Hebammenrufbereitschaft
1. Die SECURVITA BKK erstattet die 24-stündige Hebammenrufbereitschaft in den letzten Wochen der Schwangerschaft. Die Höhe der Erstattung beträgt 100% der entstandenen Kosten bis maximal 250 EURO.
- (3) Professionelle Zahnreinigung während der Schwangerschaft
1. Versicherte der SECURVITA BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V während einer Schwangerschaft einmalig einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung in Höhe von 100% der entstandenen Kosten bis maximal 80 EURO. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Leistung nach § 18a Abs. 5 der Satzung für dieselbe Behandlung ist ausgeschlossen.
 2. Für die Gewährung eines Zuschusses ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 7 eine Kopie des Mutterpasses als Nachweis über die bestehende Schwangerschaft einzureichen.
- (4) Geburtsvorbereitung für den Lebenspartner
1. Zur Vorbereitung auf die Geburt haben die Versicherten der SECURVITA BKK einen ergänzenden An-

spruch auf einen Zuschuss für einen Geburtsvorbereitungskurs für den bei der SECURVITA BKK versicherten Lebenspartner.

2. Die Höhe des Zuschusses beträgt 100% der entstandenen Kurskosten bis maximal 80 EURO. Die Teilnahmebestätigung ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 5 für die Erstattung einzureichen.
- (5) Zur Erstattung der einzelnen Leistungen in den Absätzen 2 bis 4 ist jeweils die Originalrechnung bei der SECURVITA BKK einzureichen. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, sofern die Leistung über einen Vertrag zur Integrierten Versorgung erbracht wird.

§ 19 Modellvorhaben

- a) (-)
- b) (-)
- c) (-)

§ 20 Aufsicht

Die Aufsicht über die SECURVITA BKK führt das Bundesversicherungsamt.

§ 21 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 22 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der SECURVITA BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der SECURVITA BKK, im Internet unter www.securvita.de sowie nachrichtlich in der Zeitschrift Securvital.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der SECURVITA BKK beträgt die Aushangfrist 1 Woche.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II Inkrafttreten

- (1) Die Satzung wurde aufgestellt am 19./20.11.1996.
- (2) Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

Dieser Satzungstext enthält alle beschlossenen und genehmigten Veränderungen seit dem 19./20.11.1996

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Einen Anspruch haben Mitglieder der Selbstverwaltung der SECURVITA BKK unter der Berücksichtigung der Beschlüsse des Verwaltungsrates bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates und dessen Ausschüssen, des hauptamtlichen Vorstands und der Widerspruchsausschüsse.

A. Ersatz von baren Auslagen

I. Inlandsdienstreise

Fahrkosten

Es werden erstattet:

a) Bei Benutzung

- der Bahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten,
- eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.

b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden bei einer Abwesenheit pro Kalendertag von

- mindestens 8 aber weniger als 14 Stunden 6 Euro
- ab 14 aber weniger als 24 Stunden 12 Euro
- ab 24 Stunden 24 Euro.

Übernachtungsgeld/-kosten

a) Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 Euro. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

b) Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 vom Hundert, für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 vom Hundert des vollen Tagegeldes gekürzt.

II. Auslandsdienstreise

Es werden erstattet:

a) Bei Benutzung

- der Bahn der Fahrpreis der 1. Klasse oder eines Schiffes der Fahrpreis der 2. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten, die Kosten für die Spezial- oder Doppelbettklasse,
- eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges innerhalb Europas die Kosten für die Economy-Klasse; ansonsten werden die Kosten der Business- bzw. einer vergleichbaren Klasse erstattet.

b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

d) Ein Auslandstagegeld in Höhe von 150 vom Hundert des vergleichbaren Inlandstagegeldes.

e) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

B. Pauschbeträge

I. für Zeitaufwand

a) Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 62 Euro gezahlt. Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt.

b) Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen wird dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates sowie seinem Stellvertreter bei Vorliegen eines Antrages monatlich jeweils das 6-fache des Pauschbetrages nach Buchstabe a) gezahlt.

c) Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann aufgrund eines besonderen Auftrages für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ein Pauschbetrag gemäß Buchstabe a) gezahlt werden. Der Pauschbetrag kann ausnahmsweise nur dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Selbstverwaltungsmitgliedes vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

II. für Auslagen außerhalb von Sitzungen

Als Pauschbetrag für alle weiteren baren Auslagen, die im Interesse der Wahrnehmung der Aufgaben entstehen, wie Kosten, die durch Zurverfügungstellung der eigenen Wohnräume für Aufgaben der Kasse eintreten, Telefongebühren, Porti, Schreibmaterial usw. wird dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter bei Vorliegen eines Antrages monatlich jeweils 39 Euro gezahlt.

C. Ersatz für entgangenen Verdienstaussfall sowie für Beiträge zur Rentenversicherung

Die Entschädigung nach § 41 Abs. 2 SGB IV beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaussfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstaussfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen. Erstattet werden die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur Rentenversicherung.

D. Ersatz bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind

Bei Dienstunfällen kommen die für den Öffentlichen Dienst geltenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften zur Anwendung.

Einem Antrag auf Kostenerstattung sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

Die Kostenordnung tritt am 01.09.2011 in Kraft. Sie wurde in der Sitzung des Verwaltungsrates am 11.08.2011 beschlossen.

Anlage zu § 13g Wahltarife Krankentagegeld

Teilnahme

1. Die SECURVITA BKK 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 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 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 SECURVITA BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der SECURVITA BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.

- 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 SECURVITA BKK vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

- 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

- Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der SECURVITA BKK.
- 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

- Die Mitglieder müssen die SECURVITA BKK 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 SECURVITA BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der SECURVITA BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
- Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der SECURVITA BKK nachzuweisen und die SECURVITA BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
- Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

- Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

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

Krankentagegeld	10 €	20€	30€	0€	50€
kalendertäglich					
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

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

- 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 SECURVITA BKK 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 i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der SECURVITA BKK 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 Krankentagegeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z. B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergangenden 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 Krankentagegeldwahltarif 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 Krankentagegeldwahltarif 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 Krankentagegeld 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 SECURVITA BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die SECURVITA BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankerversicherung (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 Sozialleistungsträger 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 SECURVITA BKK

23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen. 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 SECURVITA BKK 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 Krankentagegeld 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 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 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 SECURVITA BKK 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 SECURVITA BKK eine

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

30. Die SECURVITA BKK 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 SECURVITA BKK sein Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die SECURVITA BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der SECURVITA BKK 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 SECURVITA BKK 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/ergehenden 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 SECURVITA BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der SECURVITA BKK 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 SECURVITA BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.