Satzung

der

BKK Freudenberg

69465 Weinheim

Stand: 01/2022

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung **Seite**

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse 1

§ 2 Verwaltungsrat 3

§ 3 Vorstand 6

§ 4 Widerspruchsausschuss 8

§ 5 Kreis der versicherten Personen 9

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft 10

§ 7 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG 11

§ 8 Aufbringung der Mittel 12

§ 9 Bemessung der Beiträge 13

§ 10 Kassenindividueller Beitragssatz..... 14

§ 11 Fälligkeit der Beiträge 15

§ 12 Höhe der Rücklage 16

§ 13 Leistungen 17

(1) Allgemeiner Leistungsumfang 17
(2) Haushaltshilfe 17
(3) Kostenerstattung 18
(4) Wahlarzneimittel 19

§ 13 a Schutzimpfungen 20

§ 13 b Primärprävention 21

§ 13 c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten 22

§ 13 d Wahltarif - Prämienzahlung 23

§ 13 e n. n. 25

§ 13 f Wahltarif - Strukturierte Behandlungsprogramme 26

§ 13 g Wahltarif - Integrierte Versorgung 27

§ 13 h Wahltarif - Hausarztzentrierte Versorgung 28

§ 13 i Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V 28

§ 13 j Persönliche elektronische Gesundheitsakte..... 37

§ 13 k Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe (§ 65a Abs. 2 SGB V) 37

§ 13 l Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 37

§ 13 m Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz 38

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen 39

§ 14 a Leistungsausschluss 39

§ 15 Wahltarife Krankentagegeld 40

§ 16 Kooperation mit der PKV 41

§ 17 Aufsicht 41

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband 41

§ 19 Bekanntmachungen 41

§ 20 Veröffentlichung der Rechnungslegung 42

Artikel II

Inkrafttreten 42
Übersicht Satzungsnachträge 43-45
Anlage zu § 13 c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (S. 1 – 3)
Anlage zu § 15 Wahltarife Krankentagegeld (S. 4 – 9)

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

BKK Freudenberg

Sie ist errichtet worden am 01.12.1884.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Weinheim an der Bergstraße.

(2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der durch Betriebsübergang aus Carl Freudenberg hervorgegangenen inländischen Unternehmen der Freudenberg-Gruppe insbesondere auf:

Freudenberg & Co.,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Dichtungs- und Schwingungstechnik KG,	**69465 Weinheim**
mit den Betriebsstätten in	**79395 Neuenburg**
	79733 Oberwihl
	64385 Reichelsheim
34613 Schwalmstadt	
und den Verkaufsbüros in	**10785 Berlin**
	30159 Hannover
	01326 Dresden
	44309 Dortmund
	71229 Leonberg
	90431 Nürnberg
	80999 München

Freudenberg Faservliesstoffe KG,	**69465 Weinheim**
mit der Betriebsstätte in	**79395 Neuenburg**
Freudenberg Spinnvliesstoffe KG,	**69465 Weinheim**
mit der Betriebsstätte in	**67661 Kaiserslautern**
Freudenberg Service KG,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Forschungsdienste KG,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Bausysteme KG,	**69465 Weinheim vom**
01.01.1998vom 01.01.1998 bis 31.10.2007 *)	
Freudenberg Informatik KG,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Leder KG,	**69465 Weinheim vom**
01.01.1998vom 01.01.1998 **)	
Freudenberg Versicherungsvermittlungs-GmbH,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Mektec GmbH & Co. KG,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Haushaltsprodukte KG,	**68202 Mannheim**
Technischer Handel Freudenberg KG,	**69465 Weinheim**
Freudenberg Anlagen- und Werkzeugtechnik KG,	**69511 Laudenbach**

***) ab 01.11.2007 Nora Systems**	**69465 Weinheim**

****) ab 01.01.2006 FV Service KG mit Sitz in**	**67661 Kaiserslautern**

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die nachfolgend aufgeführten Regionen:

Baden-Württemberg
Bayern
Berlin
Hessen
Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen
Rheinland-Pfalz
Sachsen

§ 2 Verwaltungsrat

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

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

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

(2) Dem Verwaltungsrat der BKK gehören **8** Versichertenvertreter und **4** Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgeber zueinander.

(2a) Ab der 11. Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat **6** Versichertenvertreter und **6** Arbeitnehmervertreter an.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen,
11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHG über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

(6) Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.

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

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

(9) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen.

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

(2) 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus **zwei** Vertretern der Versicherten und **einem** Vertreter der Arbeitgeber mit **zwei** Stimmen aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.

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

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.
Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.
Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

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

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

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

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter 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.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

(2) Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(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.

(4) gestrichen

(5) gestrichen

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

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

(2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitrag den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

(3) Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist durch Kündigung zu dem Zeitpunkt beendet werden, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt.

(4) Wenn ein Wahltarif nach § 13d gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 13d, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

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

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

(2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Freudenberg; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.

(3) Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 1 Nr. 5 i.V.m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 8 Aufbringung der Mittel

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

§ 9 Bemessung der Beiträge

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

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK Freudenberg erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich

1,3 %

der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

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

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

(2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

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

§ 12 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 30 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung,
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
- zur Behandlung von Krankheiten,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- zur Empfängnisverhütung,
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation,
- des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

(2) Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen aufgrund ärztlicher Feststellung die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für den Zeitraum der ärztlich bescheinigten Notwendigkeit, längstens jedoch für 26 Wochen je Behandlungsfall gewährt. Soweit Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI vorliegt, ruht der Anspruch auf Haushaltshilfe.

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

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

(3) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Erstattet werden höchstens die Kosten, die der Kasse bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung im Inland entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Bei privatärztlichen ambulanten Rechnungslegungen, beträgt der Erstattungsbetrag regelhaft 25 v. H. der ausgewiesenen Kosten. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.

6. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H. sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK Freudenberg bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

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

   Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die BKK Freudenberg 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 Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(4) Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK Freudenberg bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 25 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

2. § 13 Abs. (3) Kostenerstattung, Ziffern 4., 5. und 6. gelten entsprechend.

§ 13 a Schutzimpfungen

Die BKK übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20 i Abs. 1 SGB V Grippeschutzimpfungen und ärztlich empfohlene Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

§ 13 b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a und 20 b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

1) Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)

2) Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheits-förderung nach § 20b SGB V)

3) individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

• Bewegungsgewohnheiten:

Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.

• Ernährung:

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

• Stressmanagement:

Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stress-management) sowie Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement) .

• Suchtmittelkonsum:

Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens sowie Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbe-teiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahme-bestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten gewährt. Der Gesamtzuschuss je Kalenderjahr ist auf 200,00 € je Versicherten begrenzt.

§ 13 c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme der

- gesetzlich vorgesehenen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25,
- 25a und 26 SGB V
- Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und § 13 a dieser Satzung
- regelmäßigen Leistungen der BKK Freudenberg zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V und/oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

aktiv für ihre Gesundheit und Fitness einsetzen. Das Nähere regelt die Anlage zur Satzung.

§ 13 d Wahltarif Prämienzahlung

(1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum 30.09. des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, anzeigt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

(2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§§ 20 und 20i 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 sowie Zahnprophylaxe bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung § 22 a SGB V),
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
- Leistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien,
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).

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

(3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt im 1. Jahr 150 €, im 2. Jahr 200 € und ab dem 3. Jahr 250 €. Die Prämienstufen des 2. und 3. Jahres können nur nach Erreichen der jeweils vorherigen Prämienstufe ausgezahlt werden.

(4) Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 € nicht überschreiten.

(5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Abs. 1 nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

(6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt **ein** Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der **einjährigen** Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 13 e n. n.

§ 13 f Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

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

§ 13 g Wahltarif besondere Versorgung

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

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

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

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

§ 13 h Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

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

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

§ 13 i Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die BKK Freudenberg gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen in den Absätzen (1) bis (3):

(1) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

Die BKK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und

c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Die BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 € pro Kalenderjahr und Versicherten. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 – 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(2) Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringer, berechtigte(n) Vertragsärztin / Vertragsarzt oder zugelassene(n) Physiotherapeutin / Physiotherapeuten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin / Arzt oder Physiotherapeutin / Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale und viszerale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40 € pro Sitzung.

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

(3) Professionelle Zahnreinigung

Die BKK Freudenberg übernimmt für Versicherte die tatsächlich entstandenen Kosten für die professionelle Zahnreinigung, jedoch maximal bis zu 60 € je Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung des Zahnarztes. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, wenn der Versicherte die Leistung bereits im Rahmen eines besonderen Versorgungsvertrages als Sachleistung in Anspruch genommen hat.

(4) Rufbereitschaft Hebammen

1. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberufliche Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK Freudenberg Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme von der 37. Schwangerschaftswoche bis zur Entbindung entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als

Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

2. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 € einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

3. Der Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. August 2013 geendet hat.

(5) Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a SGB V definierte Kostenbeteiligung hinaus, haben Versicherte Anspruch auf einen erweiterten Zuschuss. Die BKK Freudenberg übernimmt 100%
der mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten.
Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der BKK Freudenberg versichert sind. Je Ehepaar ist der Zuschuss innerhalb von 24 Monaten, beginnend ab dem 1. Versuch, auf 2.000 € begrenzt.
Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

(6) Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante psychotherapeutische Behandlung

1. Versicherte der BKK Freudenberg haben Anspruch auf ambulante psychotherapeutische Behandlung. Der Anspruch umfasst Leistungen der Verhaltenstherapie, der analytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind oder im Rahmen der Regelversorgung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen, können nicht beansprucht werden.

2. Leistungen der ambulanten Psychotherapie durch nicht zugelassene Leistungserbringer können nur unter folgenden Voraussetzungen gewährt werden:

   a) die Behandlung wird durch einen nach dem Psychotherapeutengesetz approbierten und für die Durchführung der beantragten Therapie ausreichend qualifizierten Therapeuten erbracht. Entsprechende Fachkundenachweise des Therapeuten gemäß § 95 c Satz 2 SGB V sowie Nachweise über die fachliche Fortbildung gemäß § 95 d SGB V liegen vor,

   b) die Behandlungsnotwendigkeit wird durch einen vom Therapeuten erstellten Antrag, der den Psychotherapierichtlinien oder dem S-O-R-C-K-Schema entspricht und die Vorlage eines ärztlichen Konsiliarberichts nachgewiesen,

   c) die Notwendigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch einen zur Begutachtung der Notwendigkeit von psychotherapeutischer Behandlung ausreichend qualifizierten Gutachter bestätigt,

   d) der BKK Freudenberg wurde vor Behandlungsbeginn neben dem Antrag auf psychotherapeutische Behandlung ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,

   e) die BKK Freudenberg hat der Behandlung vor deren Beginn zugestimmt.

3. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen, maximal aber für 5 probatorische und 25 weitere therapeutische Behandlungseinheiten. Sofern darüber hinaus im Einzelfall weitere Behandlungseinheiten erforderlich sind, können bis zu 25 Einheiten nach Maßgabe der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen beantragt werden.

4. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe der vom Behandler abgerechneten Kosten, maximal jedoch in Höhe der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Eurowerte des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Zur Erstattung der veranlassten Leistungen sind die spezifizierten Rechnungen im Original vorzulegen. In Einzelfällen kann gegen Vorlage einer entsprechenden Abtretungserklärung eine Zahlung an den Leistungserbringer erfolgen.

(7) Nicht zugelassene Leistungserbringer – qualifizierte Zweitmeinung bei onkologischer Indikationen

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

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

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

   Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der BKK Freudenberg und dem beauftragten Dritten. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden.

   Die BKK Freudenberg trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen und zu jeder Zeit eine fachübergreifende Interdisziplinparität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen: Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie und Radiologie sowie der je nach Einzelfall (LICD-Codierung) zuständigen Fachärzte belegen.

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

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

4. Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

   Alle Versicherten der BKK Freudenberg können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK Freudenberg krankenversichert sind und eine der unter Punkt 2. genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

5. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung

   Die BKK Freudenberg leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen.
   Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften des Schutzes der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.

6. Zur Qualitätssicherung und -verbesserung des Zweitmeinungsverfahrens wird eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt. Für die Auswertung herangezogen werden nur die personenbezogenen Daten derjenigen Teilnehmer, die ausdrücklich und schriftlich dieser Verwendung zugestimmt haben. Vor der Zustimmung werden die Versicherten darauf hingewiesen, dass die „Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen“ auch ohne Teilnahme an der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung möglich ist.

(8) Medizinische Vorsorge – Hautkrebsscreening

Über die im § 23 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten medizinischen Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die BKK Freudenberg Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahrs einmal jährlich die Kosten für das von Ärzten durchgeführte Hautkrebsscreening inklusive der Auflichtmikroskopie oder einer Fotodokumentation in Höhe von bis zu 35 €. Wird nur die Auflichtmikroskopie durchgeführt und das Hautkrebsscreening über die Krankenversicherungskarte abgerechnet, werden jährlich bis zu 17,50 € erstattet. Voraussetzung für die Vorsorgeleistung ist, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (u.a. positive Familienanamnese, erhöhte Hautpigmentierung, Hauttyp 1 oder 2, Muttermal größer 5 mm, Sommersprossen) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die Voraussetzungen des § 23 SGB V müssen erfüllt sein.

(9) Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

Die BKK erstattet die Kosten bis maximal 60 € pro Untersuchung nach Satz 1 beziehungsweise maximal 125 € pro Behandlung nach Satz 1 und 2 zusammen.
Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

(10) Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen

Über die im § 23 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten medizinischen Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die BKK Freudenberg die Kosten für Kinder-untersuchungen „U10“ und „U11“ sowie die Jugendgesundheitsuntersuchung „J2“. Die Erstattung erfolgt in Höhe der tatsächlichen Kosten und ist auf maximal 62,50 € je Untersuchung begrenzt. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 5 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigen Leistungserbringern erbracht wird.

Voraussetzung für die Vorsorgeleistung ist, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die Voraussetzungen des § 23 SGB V müssen erfüllt sein.

(11) gestrichen

(12) Nichtzugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Freudenberg mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

2. Die BKK Freudenberg trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinscher Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Vertragsabschluss besteht nicht.

3. Über Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.
Die BKK Freudenberg führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.

4. Soweit die vertraglichen Regelungen nicht dagegen stehen, gelten für die veranlassten Leistungen § 13 Abs. 3 Nr. 4 - 6 entsprechend.

(13) Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Über die gesetzlich geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus, erstattet die BKK Freudenberg für schwangere Versicherte folgenden Leistungen:

1) Die BKK Freudenberg erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die aufgrund der Schwangerschaft eingenommen werden, sofern deren Einnahme ärztlich verordnet wurde und das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschen Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und das Arzneimittel nicht von der Versorgung durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Zur Erstattung sind der BKK Freudenberg die Rechnung der Apotheke sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

2) Die BKK Freudenberg erstattet für folgende von Ärzten durchgeführten oder veranlassten Leistungen, die im Einzelfall beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes im Mutterleib entgegen zu wirken und Risikofaktoren früh zu erkennen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:

- Toxoplasmosetest für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen,
- Serologische Untersuchungen auf Infektionen z.B. HIV,
- Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln und Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,
- Zytomegalie-Test (auch CMV-Antikörpertest) für Schwangere, bei Vorliegen einer erhöhten Infektionsgefahr (u.a. bei Kontakt mit Kleinkindern bis 3 Jahren),
- B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern,
- Großer oraler Glukosetoleranztest (auch oGTT 75-g) für Schwangere zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche, die aufgrund familiärer Vorbelastungen, Vorerkrankungen oder Risikofaktoren wie Adipositas ein erhöhtes Risiko für einen Gestationsdiabetes mellitus aufweisen.

Zur Erstattung sind der BKK Freudenberg die Rechnung des zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes vorzulegen.

3) Geburtsvorbereitungskurs für den Lebenspartner, sofern die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 13 Absatz 4 SGB V oder nach § 134a Absatz 2 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Teilnahmebescheinigung und der spezifizierten Hebammenrechnung.

4) Digitale Angebote zur Geburtsvorbereitung und Nachsorge, wenn das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern durchgeführt wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt sind.

Der maximale Erstattungsbetrag für alle unter den Ziffern 1-4 genannten Leistungen beträgt insgesamt je Schwangerschaft 250,00 € (Budget).

§ 13 j Persönliche elektronische Gesundheitsakte

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK Freudenberg ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbstbestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

(2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der BKK Freudenberg für die Versicherten tätig wird.

(3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausschließlich die BKK Freudenberg.

(4) Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

§ 13 k Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

(2) Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählt Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Höhe der Auszahlung des Bonus.

(3) Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 13 l Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers aus den Handlungsfeldern:

- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftige
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- Suchtprävention im Betrieb oder
- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

an mindestens 80 % der Kurseinheiten teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber einen Bonusvertrag nach § 13 k der Satzung.

(2) Der Bonus in Höhe von einmalig 25 EUR wird dem Versicherten bis zum 01.03. des Folgejahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.

§ 13 m Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

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

(2) Die BKK gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Abs. 1 als Sachleistung in Form von Schulungsmaßnahmen. Die BKK kann Maßnahmen nach Abs. 1 selbst oder durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die BKK einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

(3) Kann die Erbringung als Sachleistung im Einzelfall nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten bis zu einer Höhe von maximal 100,- € einmal kalenderjährlich erstattungsfähig.

(4) Ausgeschlossen sind Maßnahmen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. allgemeine Computer- und Internetkurse) sowie Kurse mit Sponsoring oder verdeckter Produktwerbung durch Dritte.

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich **16,00 €**. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss **25,00 €**.

§ 14 a 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 nehmen.

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

§ 15 Wahltarife Krankentagegeld

(1) Die BKK Freudenberg bietet

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

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

und

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

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

(3) Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

Die angepasste **Anlage** zu § 15 Wahltarife Krankengeld s. Seite 1 – 6.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

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

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK Landesverband Süd als Mitglied nach den Bestimmungen der Satzung an.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse Freudenberg erfolgen durch Veröffentlichung im Internet (www.bkk-freudenberg.de/meine-bkk) sowie nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse Freudenberg. Auf den Aushang sind der Tag des Anheftens und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

§ 20 Veröffentlichung der Rechnungslegung

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz „www.bkk-freudenberg.de“ zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise.

Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse aus.
Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat hat diesen 41. Satzungsnachtrag am 08.12.2021 beschlossen.

Der 41. Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 tritt am Tag am 01.01.2022 in Kraft.

Weinheim, 08.12.2021

Andreas Kurch
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates
der BKK Freudenberg
(Arbeitgebervertreter)

Walter Petryk
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates
der BKK Freudenberg
(Versichertenvertreter)

Satzungsnachträge:

Der **1.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 ist zum **01.01.2000** in Kraft getreten.

Der **2.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu den §§ 5, 6, 7, 8a sowie zu 13 und 13 b ist zum **01.07.2000** und zu § 10 zum **01.01.2001** in Kraft getreten.

Der **3.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 ist rückwirkend zum **01.06.2001** in Kraft getreten.

Der **4.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 ist zum **01.01.2002** in Kraft getreten.

Der **5.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 9 Abs. III, 1. a) ist rückwirkend zum **01.01.2002**, 1. d) und e) rückwirkend zum **01.06.2002** in Kraft getreten.

Der **6.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 ist zum **01.11.2002** in Kraft getreten.

Der **7.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 9 Abs. III 1. d) tritt rückwirkend zum **01.06.2002**, zu § 14 zum **01.01.2003** in Kraft.

Der **8.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 sah eine Genehmigung für die Strukturierten Behandlungsprogramme vor. Eine Genehmigung wurde vom BVA nur für Diabetes mellitus Typ 2 erteilt, weil für die übrigen Behandlungsprogramme noch keine Akkreditierung auf der Grundlage der Modellvorhabensvorschriften vorlagen. Das strukturierte Behandlungsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 tritt zum 01.06.2006 in Kraft.

Der **9.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 [mit Ausnahme des § 2 Abs. II. a) und VII. a)] ist zum **01.01.2004** in Kraft getreten. Die Regelung des § 2 Abs. II. a) und VII. a) tritt mit Beginn der 10. Wahlperiode in Kraft. Sie findet erstmalig auf die Sozialversicherungswahl zu dieser Wahlperiode Anwendung.

Der **10.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 Abs. IV. Ziffer 7. tritt rückwirkend zum **01.01.2004**, zu § 13 b **am Tag nach der Bekanntmachung** und zu § 14 a rückwirkend zum **01.04.2004** in Kraft.

Der **11.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 2 Abs. II a) und Abs. VII a (Verwaltungsrat) gilt für die 10. Wahlperiode.

Der **12.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 10 tritt zum 01.01.2005 in Kraft.

Der **13.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 10 tritt zum 01.07.2005 in Kraft.
(Zusätzlicher Beitrag 0,9 % gem. § 241 a Abs. 2 SGB V)

Nachträgliche Genehmigung des Strukturierten Behandlungsprogramms "Mamma-Ca" durch das BVA am 19.09.2005 - (s. 8. Satzungsnachtrag)

Der **14.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 13a und 13b ist zum 01.01.2006 in Kraft getreten.

Der **15.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 9 III. 1. g), § 10 und § 11 IV. ist zum 01.01.2007 in Kraft getreten.

Der **16.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 erfolgt aufgrund des GKV WSG und umfasst die §§ **1, 2, 3, 5, 6, 9, 12, 13, 14a und 14b.** Dieser Satzungsnachtrag tritt rückwirkend zum 01.06.2007 in Kraft. Abweichend von Satz 1 tritt Artikel I § 14 a zum 01.01.2007 in Kraft.

Satzungsnachträge:

Der **17**. Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 13f und 13h tritt zum 01.07.2008 in Kraft.

Der **18**. Nachtrag zur Satzung v.15.12.1997 zu §§ 6, 9, 9a, 10, 11, 12, 13c und 15 tritt zum 01.01.2009 in Kraft.

Der **19.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 tritt am 01.01.2010 in Kraft. § 2 Abs. VII. tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode § 13 b Satz 3 tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Regelungen zu § 15 treten rückwirkend zum 01.08.2009 in Kraft.

Der **20.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 tritt rückwirkend zum 01.07.2010 in Kraft. § 14 b entfällt ab 01.01.2011.

Der **21.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu den §§ 6, III., 13 b und 13 d, VI. tritt zum 01.01.2011 in Kraft.

Der **22.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 Abs. III. und IV., zu §§ 13 d und 13 e tritt rückwirkend zum **01.07.2011**, zu § 13 g Abs. III. **am Tag nach der Bekanntmachung** und zu § 14 b rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.

Der **23.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 c und 3 tritt am Tag nach der Bekanntmachung und zu § 13 i rückwirkend zum 01.04.2012 in Kraft.

Der **24.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 f, h, i und j tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der **25.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 e tritt am Tag nach der Bekanntmachung, zu § 13 i am 01.08.2013 in Kraft.

Der **26.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 9 a, 13 i (5) und (6) tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der **27.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 c, i und k sowie zu den §§ 18 und 20 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der **28.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 9, 10 und 11 sowie
der **29.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 g, h und j treten zum 01.01.2015 in Kraft.

Der **30.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 6, 11, 13c, und 15 tritt mit dem Tag der Bekanntmachung in Kraft.

Der **31.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 i tritt zum 01.01.2017 in Kraft.

Der **32.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 10 tritt zum 01.01.2017 in Kraft.

Der **33.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 5, 13 Abs. 1 2. Spiegelstrich, 13 Abs. 2 Satz 1, 13a, 13b, 13d Abs. 2, 13g, 13h, 13i Abs. 11, 13j und 19 tritt zum 17.05.2017 in Kraft.

Der **34.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 6 Abs. 3, 13 k, 13 l und 14 tritt zum 25.08.2017 in Kraft.

Der **35.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 2 Abs. 3 und 3 Abs. 3 tritt zum 02.02.2018 in Kraft.

Der **36.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 10 tritt zum 01.01.2019 in Kraft.

Der **37.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 13 Abs. 3, 13 d Abs. 3, 13 i Abs. 1, 2, 3, 12 und 13, 13j und 19 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft (also zum 31.01.2019).

Der **38.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 5, 7, 13c Variante 1 Nr. 1 und Variante 2 Nr. 1, 13d Abs. 2, 13i Abs. 11, 15 inkl. Anlage zu § 15 Seite 1-6 und 17 tritt zum 12.02.2020 in Kraft. Die Änderung zu § 13 Abs. 3 Nr. 7 und 8 tritt rückwirkend zum 11.05.2019 in Kraft.

Der **39.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 13 c tritt zum 01.01.2021 in Kraft. Hinzugefügt wurde die Anlage zu § 13 c.

Der **40.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu § 10 tritt zum 01.01.2021 in Kraft.

Der **41.** Nachtrag zur Satzung vom 01.01.1998 zu §§ 12, 13 m, Anlage zu 13 c, 13 d Abs. 3, 13 i Abs. 2 tritt zum 01.01.2022 in Kraft.

Anlage zu § 13 c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Teilnahmebedingungen

Das Bonusprogramm der BKK Freudenberg soll die Eigeninitiative und Eigenverantwortung im Bereich des gesundheits- und fitnessbewussten Verhaltens der BKK Freudenberg Versicherten fördern und erhalten. Mit dem Programm leistet die BKK Freudenberg zudem einen aktiven Beitrag zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Teilnahme

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle Versicherten der BKK Freudenberg. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

Versicherte der BKK Freudenberg, die zum Tag der Antragstellung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können durch den gesetzlichen Vertreter die Bonushefte (s. Punkte 2 und 3) anfordern.

2. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65 a Abs. 1 SGB V.

<u>Maßnahmen</u>

Den Teilnehmern wird der in Klammern genannte Betrag in Euro gewährt, wenn Sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Maßnahmen in Anspruch genommen haben:

Schutzimpfungen - § 20i SGB V, § 13a Satzung der BKK Freudenberg (3 EUR).

Gesundheitsuntersuchungen - §§ 25, 25a SGB V (10 EUR)
- Gesundheits-Check-up gemäß den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Turnus.
- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gemäß den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Turnus.

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche - § 26 SGB V (15 EUR)
- Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1 - U9/J 1) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zusätzliche Kinder- und Jugenduntersuchungen (U10, U11, J2) im vorgesehenen Intervall.
- Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (FU1 – FU3) gemäß den in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Untersuchungsintervalls.
- Spezielle Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nach der aktuell gültigen Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

<u>Bonus</u>

Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung gewährt.

Dokumentation/Nachweis

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen und können nur in dem Kalenderjahr gewertet werden, in dem sie auch durchgeführt wurden. Eine Bonifizierung der Schutzimpfungen erfolgt erst mit dem Abschluss der Immunisierung. Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom jeweiligen Arzt oder Leistungserbringer im Bonusheft bzw. elektronisch in der Onlinegeschäftsstelle/App zu bestätigen.
Der Versicherte (bei unter 15-Jährigen der Erziehungsberechtigte) ist für die Dokumentation der Maßnahmen verantwortlich. Maßnahmen, die nicht im Bonusheft bzw. elektronisch in der Onlinegeschäftsstelle/App dokumentiert wurden, können auch nicht bonifiziert werden.

Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung von Bonusfeldern und/oder Maßnahmen können von der BKK Freudenberg nicht erstattet werden.

Bonuszeitraum

Der Bonuszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Teilnahme am Bonusprogramm beginnt mit dem 01.01. eines jeden Kalenderjahres, frühestens mit dem Monat des Versicherungsbeginns bei der BKK Freudenberg. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet unterjährig mit Versicherungsende, spätestens am 31.12. des Kalenderjahres.

Bonuszahlung

Die Bonuszahlung erfolgt auf Antrag des Versicherten, sofern der Versicherte bei Antragsstellung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat auf Antrag des Erziehungsberechtigten.

3. Bonus für gesundheits- und fitnessbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65 a Abs. 1a SGB V. Die Teilnehmer entscheiden sich für eine der beiden folgenden Varianten.

Teilnehmen am Bonusprogramm der Variante 2 können Versicherte ab Vollendung des 16. Lebensjahres. Vollendet der Versicherte während der Teilnahme an Variante 1 das 16. Lebensjahr, ist eine Teilnahme am Bonusprogramm der Variante 2 frühestens mit Beginn des folgenden Kalenderjahres möglich.

3.1. Variante 1

Maßnahmen

- Regelmäßiger qualitätsgesicherter Sport für mindestens sechs Monate in einem Verein oder bei einer sonstigen bewegungsfördernden Institution (zum Beispiel Hochschulsport, Yogastudio).
- Qualitätsgesichertes regelmäßiges Eltern-Kind-Turnen.
- Sport-, Schwimm- oder Wanderabzeichen der jeweiligen Sportverbände.
- Aktiver Teilnehmer einer Sportveranstaltung (zum Beispiel Laufwettbewerbe, Inline-Skating, Radsport-, Nordic-Walking-Veranstaltungen, Schwimm- und Wanderwettbewerbe) unter qualifizierter Leitung sowie zuvor erfolgter regelmäßiger Vorbereitung.
- Teilnahme an qualitätsgesicherten, regelmäßigen Bewegungsangeboten einer Betriebssportgruppe (außerbetriebliche Aktivität).
- Qualitätsgesicherte Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention oder Gesundheitstage/-woche gem. § 20 Abs. 5 SGB V.

- Online Gesundheitscoaching. BKK-eigene Kurse (in den Handlungsfeldern: Fitness, Ernährung, Stress, Nichtrauchen).
- Qualitätsgesichertes individuelles zielgerichtetes Personalcoaching oder Ernährungscoaching.

Dokumentation/Nachweis

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen und können nur in dem Kalenderjahr gewertet werden, in dem sie auch durchgeführt wurden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom jeweiligen Arzt, Leistungserbringer oder Veranstalter im Bonusheft bzw. elektronisch in der Onlinegeschäftsstelle / App zu bestätigen.

Der Versicherte (bei unter 15-Jährigen der Erziehungsberechtigte) ist für die Dokumentation der Maßnahmen verantwortlich. Maßnahmen, die nicht im Bonusheft bzw. elektronisch in der Onlinegeschäftsstelle/App dokumentiert wurden, können auch nicht bonifiziert werden.

Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung von Bonusfeldern und/oder der Teilnahme an Maßnahmen können von der BKK Freudenberg nicht erstattet werden.

Die Anerkennung einer Leistung in Rahmen des Bonusprogrammes erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der BKK Freudenberg. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der geltenden Gesetze und dieser Satzung.

Bonus

Für eine Bonuszahlung sind mindestens 2 Maßnahmen innerhalb des Kalenderjahres zu erfüllen. Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung in Höhe von 50 EUR gewährt.

Bonuszeitraum

Der Bonuszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Teilnahme am Bonusprogramm beginnt mit dem 01.01. eines jeden Kalenderjahres, frühestens mit dem Monat des Versicherungsbeginns bei der BKK Freudenberg. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet unterjährig mit Versicherungsende, spätestens am 31.12. des Kalenderjahres.

Bonuszahlung

Die Bonuszahlung erfolgt auf Antrag des Versicherten (bei unter 15-Jährigen auf Antrag des Erziehungsberechtigten), der spätestens bis zum 30.04. des Folgejahres gestellt werden muss.

3.2. Variante 2 (ab dem vollendeten 16. Lebensjahr)

Maßnahmen

Kategorie Pflicht

- Regelmäßiger Sport, qualitätsgesichert in einem Fitnessstudio für mindestens sechs Monate.

Kategorie Wahl

- Regelmäßiger qualitätsgesicherter Sport für mindestens sechs Monate in einem Verein oder bei einer sonstigen bewegungsfördernden Institution (zum Beispiel Hochschulsport, Yogastudio).
- Qualitätsgesicherte personalisierte regelmäßige Trainingssteuerung und Verlaufskontrolle oder regelmäßige Trainingsanalyse.
- Sport-, Schwimm- oder Wanderabzeichen der jeweiligen Sportverbände.
- Aktiver Teilnehmer einer Sportveranstaltung (zum Beispiel Laufwettbewerbe, Inline-Skating, Radsport-, Nordic-Walking-Veranstaltungen, Schwimm- und Wanderwettbewerbe) unter qualifizierter Leitung sowie zuvor erfolgter regelmäßiger Vorbereitung.
- Teilnahme an qualitätsgesicherten, regelmäßigen Bewegungsangeboten einer Betriebssportgruppe (außerbetriebliche Aktivität).
- Qualitätsgesicherte Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention oder Gesundheitstage/-woche gem. § 20 Abs. 5 SGB V.
- Online Gesundheitscoaching. BKK-eigene Kurse (in den Handlungsfeldern: Fitness, Ernährung, Stress, Nichtrauchen).
- Qualitätsgesichertes individuelles zielgerichtetes Personalcoaching oder Ernährungscoaching.
- Gesunder Allgemeinzustand (Vitalstatus). Die Messwerte Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin liegen im altersgerechten Normbereich.

Dokumentation/Nachweis

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen und können nur in dem Kalenderjahr gewertet werden, in dem sie auch durchgeführt wurden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom jeweiligen Arzt, Leistungserbringer oder Veranstalter im Bonusheft bzw. elektronisch in der Onlinegeschäftsstelle/App zu bestätigen.

Der Teilnehmer ist für die Dokumentation der Maßnahmen verantwortlich. Maßnahmen, die nicht im Bonusheft bzw. elektronisch in der Onlinegeschäftsstelle/App dokumentiert wurden, können auch nicht bonifiziert werden.

Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung von Bonusfeldern und/oder der Teilnahme an Maßnahmen können von der BKK Freudenberg nicht erstattet werden.

Die Anerkennung einer Leistung in Rahmen des Bonusprogrammes erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der BKK Freudenberg. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der geltenden Gesetze und dieser Satzung.

Bonus

Für eine Bonuszahlung sind mindestens die Kategorie Pflicht und 1 Maßnahme aus der Kategorie Wahl innerhalb des Kalenderjahres zu erfüllen.

Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung in Höhe von 200 EUR gewährt.

Bonuszeitraum

Der Bonuszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Teilnahme am Bonusprogramm beginnt mit dem 01.01. eines jeden Kalenderjahres, frühestens mit dem Monat des Versicherungsbeginns bei der BKK Freudenberg. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet unterjährig mit Versicherungsende, spätestens am 31.12. des Kalenderjahres.

Bonuszahlung

Die Bonuszahlung erfolgt auf Antrag des Versicherten, der spätestens bis zum 30.04. des Folgejahres gestellt werden muss.

Anlage zu § 15 Wahltarife Krankentagegeld

Teilnahme

1. Die BKK Freudenberg bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

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

2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Freudenberg erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Freudenberg folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK Freudenberg unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Freudenberg aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Freudenberg haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

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

8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

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

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

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

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

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

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

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

Anspruch

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

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

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

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

    wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

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

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

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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,

- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,

- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,

- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,

- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,

- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,

- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,

- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Freudenberg.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. 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. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

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

Zahlung

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

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

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

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

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

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Freudenberg sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Freudenberg auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Freudenberg im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK Freudenberg unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld.

Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

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

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