

Satzung der BKK Stadt Augsburg



BKK Stadt Augsburg
Willy-Brandt-Platz 1
86153 Augsburg

INHALTSÜBERSICHT

- § 1 Name, Sitz und Bezirk der BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Versichertenälteste (derzeit nicht belegt)
- § 4 Vorstand
- § 5 Widerspruchsausschuss / Einspruchsstelle
- § 6 Pflichtversicherte
- § 7 Freiwillige Mitglieder
- § 8 Familienversicherte
- § 9 Wahlmöglichkeiten
- § 10 Kündigung und Ende der Mitgliedschaft
- § 11 Bemessung der Beiträge (derzeit nicht belegt)
- § 11 a Durchführung des U1- und U2-Verfahrens
- § 11 b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beträge (derzeit nicht belegt)
- § 12 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 13 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
- § 14 Kosten im Vollstreckungsverfahren
- § 15 Höhe der Rücklage; Entschuldung
- § 16 Leistungen
- § 17 Primärprävention
Betriebliche Gesundheitsförderung
Primäre Prävention durch Schutzimpfungen
und Selbsthilfe
- § 18 Medizinische Vorsorgeleistungen
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 18 a Modellvorhaben (derzeit nicht belegt.)
- § 18 b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 18 c Wahltarif Besondere ambulante ärztliche Versorgung (derzeit nicht belegt)
- § 18 d Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 18 e Wahltarif Besondere Versorgung
- § 18 f Kooperation mit der PKV
- § 18 g Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 18 h Wahltarife Krankengeld
- § 18 i Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 18 j Persönliche elektronische Gesundheitsakte nach § 68 SGB V
- § 19 Leistungsbeschränkungen
- § 19 a Leistungsausschluss
- § 20 Aufsicht
- § 21 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 22 Bekanntmachungen
- § 22 a Veröffentlichung der Jahresergebnisse
- § 23 Inkrafttreten

Anhang

- 1 (Mit Wirkung zum 01.05.2017 entfallen.)
- 2 Entschädigungsregelung für Organmitglieder

Anlagen

- 1 Teilnahmebedingungen nach § 18 i
- 2 Katalog der Bonusmaßnahmen nach § 18 i
- 3 Katalog der bezuschussungsfähigen verauslagten Kosten beim zweckgebundenen Bonus nach § 18 i

§ 1 NAME, SITZ UND BEZIRK DER BKK

§ 1

1.1 Name

Die Betriebskrankenkasse führt den Namen

BKK Stadt Augsburg.

Sie ist am 1. Januar 1913 durch Vereinigung und Erweiterung der seit dem 1. Januar 1885 bestehenden Betriebskrankenkasse der Städtischen Gaswerke und der seit dem 1. Juli 1887 bestehenden Betriebskrankenkasse der Städtischen Straßenbahnen als gemeinsame Betriebskrankenkasse errichtet worden.

Sie ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 147 Abs. 1 SGB V
§ 194 Abs. 1 Nr. 1
SGB V

§ 150 SGB V

§ 29 Abs. 1 SGB IV
§ 4 Abs. 1 SGB V

1.2 Sitz

Die BKK hat ihren Sitz in Augsburg.

§ 194 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

1.3 Bezirk

Der Bezirk der BKK erstreckt sich auf alle Verwaltungen, Betriebe, Anstalten, Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungen der Stadt Augsburg.

§ 194 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

§ 2 VERWALTUNGSRAT

§ 2

2.1 Selbstverwaltungsorgan

Das Selbstverwaltungsorgan der BKK ist der Verwaltungsrat.

§ 31 Abs. 3 a SGB IV

2.2 Wahl und Amtsdauer

Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

§§ 43 bis 60 SGB IV

2.3 Ehrenamt

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

§ 40 SGB IV

2.4 Vorsitzender und Stellvertreter

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

§ 62 Abs. 1 und 2 SGB IV

2.5 Wechsel im Vorsitz

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vertreter der Versicherten und dem Vertreter des Arbeitgebers von Jahr zu Jahr, in der Regel gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

§ 62 Abs. 3 SGB IV

2.6 Zahl der Mitglieder und Zusammensetzung

Dem Verwaltungsrat der BKK gehören 12 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.

§ 43 Abs. 1 und
§ 44 Abs. 1 und 2 SGB IV,
§ 194 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

2.7 Wesentliche Aufgaben

1. Beschluss der Satzung und sonstigen autonomen Rechtes der BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen,

§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 194 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

2. Treffen aller Entscheidungen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,

§ 197 Abs. 1 Nr. 1 b SGB V

3. Feststellen des Haushaltsplanes,

§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

4. Beschluss über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,

§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V

5. Beschluss der Versichertenvertreter über die Zustimmung zur Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber,

§ 35 a Abs. 5 Satz 2 SGB IV

6. Beauftragen eines leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes,

§ 35 a Abs. 4 Satz 4 SGB IV

7. Überwachen des Vorstandes,

§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V

		§ 2
	8. Vertretung der BKK gegenüber dem Vorstand,	§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V
	9. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden,	§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V
	10. Beschluss über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen BKKen,	§ 150 SGB V, § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V, § 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V
	11. Beschluss über die Auflösung der BKK,	§ 152 SGB V, § 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V
	12. Beschluss über die Bestellung eines Prüfers zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV für jedes Geschäftsjahr. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.	§ 31 SVHV
	13. <u>Weitere Rechte und Pflichten</u>	
	Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.	§ 63 Abs. 1 SGB IV
	Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.	§ 197 Abs. 2 SGB V
	Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse bilden.	§ 197 Abs. 3 SGB V
2.8	<u>Beschlussfassung</u>	
	1. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens 7 Versichertenvertreter sowie der Arbeitgeber oder sein Vertreter anwesend und stimmberechtigt sind.	§ 64 Abs. 1 SGB IV
	2. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.	§ 64 Abs. 2 SGB IV
	3. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Näheres regelt die Geschäftsordnung.	§ 64 Abs. 3 SGB IV
2.9	<u>Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen</u>	
	Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates richtet sich nach den im Anhang 2 zur Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen.	§ 41 SGB IV Anhang 2
	Der Anhang 2 ist Bestandteil der Satzung.	

Derzeit nicht belegt.

§ 4 **VORSTAND**

§ 4

4.1 Zahl der Mitglieder

Dem Vorstand der BKK gehört 1 Mitglied an.

§ 31 Abs. 3 a i. V. m.
§ 35 a Abs. 4 SGB IV

4.2 Bestellung

Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.

§ 35 a Abs. 5 Satz 2
SGB IV

4.3 Wesentliche Aufgaben des Vorstandes

1. Verwaltung der BKK und Vertretung derselben gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

§ 35 a Abs. 1 SGB IV

2. Bericht

§ 35 a Abs. 2 SGB IV

1. an den Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,

2. an den Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,

3. an den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen.

3. Aufstellen des Haushaltsplanes und Zuleiten an den Verwaltungsrat,

§ 70 Abs. 1 Satz 1
SGB IV

4. Vorlage der jährlich geprüften Jahresrechnung an den Verwaltungsrat zur Entlastung, zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers,

§ 31 SVHV
§ 32 SVHV

5. Prüfung nach der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung,

§ 4 SVRV i. V.
§ 7 SRVwV

6. Aufstellen einer Kassenordnung,

§ 3 SVRV i. V. mit
§ 8 SRVwV

7. Einziehen der Beiträge,

§ 28 h SGB IV

8. Abschließen von Vereinbarungen und Verträgen mit Leistungserbringern und Lieferanten,

9. Feststellen und Auszahlen der Leistungen,

10. Erlass von Richtlinien für die Verwaltung.

§ 35 Abs. 2 SGB IV

§ 5	WIDERSPRUCHSAUSSCHUSS / EINSPRUCHSSTELLE	§ 5
5.1	<p><u>Widerspruchsausschuss</u></p> <p>Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Augsburg.</p>	<p>§ 36 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IV § 85 SGG</p>
5.2	<p><u>Einspruchsstelle</u></p> <p>Der Widerspruchsausschuss nimmt außerdem die Aufgaben der Einspruchsstelle wahr.</p>	<p>§ 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 4 OWiG</p>
5.3	<p><u>Zusammensetzung</u></p> <p>Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus</p> <p>4 Vertretern der Versicherten</p> <p>und</p> <p>dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 4 Stimmen.</p> <p>Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses müssen die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglieder erfüllen.</p>	<p>§ 36 a Abs. 2 SGB IV</p>
5.4	<p><u>Vertretung</u></p> <p>Jedes Mitglied des Widerspruchsausschuss hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfalle.</p>	<p>§ 36 a Abs. 2 SGB IV</p>
5.5	<p><u>Wahl und Amtszeit</u></p> <p>Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Ihre Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.</p>	<p>§ 36 a Abs. 2 SGB IV</p>
5.6	<p><u>Ehrenamt</u></p> <p>Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt.</p>	<p>§§ 36 a Abs. 3, 40 bis 42, 59, 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV</p>
5.7	<p><u>Vorsitz und Schriftführer</u></p> <p>Der Vorsitz in des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.</p>	<p>§ 36 a Abs. 2 SGB IV</p>

5.8 Beratung

Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

§ 36 a Abs. 2 SGB IV

5.9 Geschäftsordnung

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

§ 6 PFLICHTVERSICHERTE

§ 6

6.1 Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind;

als gegen Arbeitsentgelt Beschäftigte gelten auch Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgeltes im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

§ 5 Abs. 3 SGB V

6.2 Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch III (SGB III)

§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

6.2 a Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II)

§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V

Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

6.3 Künstler und Publizisten

§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes.

6.4 Jugendliche

§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.

6.5 Rehabilitanden

§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht.

6.6 Behinderte

§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V

Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind.

Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung.

§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V

6.7 Studenten

§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V

Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.

6.8 Praktikanten,
zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,
Auszubildende des Zweiten Bildungsweges

§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V

Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte.

Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes nach dem BAFöG befinden, sind Praktikanten gleichgestellt.

6.9 Rentner

Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren. Auf die erforderliche Mitgliedszeit, wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.

Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

- a. auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI oder
- b. auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrages privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder die Voraussetzungen der Nr. 11.

Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdentengesetzes oder zu den in §§ 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben.

§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V
 § 5 Abs. 1 Nr. 11 a und b SGB V
 § 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V
 § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V

6.11 Nichtversicherte

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
- b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

§ 7 FREIWILLIGE MITGLIEDER

§ 7

7.1 Aus der Versicherungspflicht ausgeschiedene Mitglieder

Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.

§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

7.2 Familienangehörige

Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.

§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

7.3 Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen

Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.

§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V

7.4 Schwerbehinderte

Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen.

§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

7.5 Arbeitnehmer nach Beendigung der Mitgliedschaft durch im Beschäftigung Ausland

Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

7.6 Spätaussiedler

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

§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V

7.7 Beitritt

Der Beitritt ist der BKK innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen.

§§ 9 Abs. 2 Nr. 1-5,
188 Abs. 3 SGB V

Die Frist beginnt

1. im Falle des § 7.1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des § 7.2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des § 7.3 nach Aufnahme der Beschäftigung im Inland,
4. im Falle des § 7.4 nach Feststellung der Behinderung nach § 69 SGB IX,
5. im Falle des § 7.5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation.

7.8 Beginn

Die freiwillige Mitgliedschaft beginnt

1. mit dem Tag des Beitritts,
2. bei Mitgliedern, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht,
3. bei Familienangehörigen mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10 SGB V.
4. mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung

§ 188 Abs. 1 SGB V

§ 188 Abs. 2 SGB V

§ 188 Abs. 2 Satz 1
SGB V

§ 188 Abs. 2 Satz 2
SGB V

7.9 Ende

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4 SGB V)
4. mit dem Tag der Erklärung über den Beginn einer Familienversicherung, abweichend von Ziffer 3.

§ 191 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB V

§ 8 FAMILIENVERSICHERTE

§ 8

8.1 Personenkreis

§ 10 Abs. 1 SGB V

1. Der Ehegatte,
2. der Lebenspartner,
3. die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern

wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 oder 12 SGB V oder nicht freiwillig versichert,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit, dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig,
5. kein Gesamteinkommen, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV gilt das zulässige Gesamteinkommen gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne der Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

8.2 Kinder sind versichert

§ 10 Abs. 2 SGB V

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres wenn sie sich in Schul- und Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten,

4. über das 25. Lebensjahr hinaus
für den Zeitraum der Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht; seit dem 01.07.2011 gilt dies auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten.
5. ohne Altersgrenze,
wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach § 8.2.1 bis § 8.2.4 versichert gewesen ist.

8.3 Kinder sind nicht versichert
wenn

§ 10 Abs. 3 SGB V

1. der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist, und
2. sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und
3. regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitgliedes ist.

Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

8.4 Als Kinder gelten auch

§ 10 Abs. 4 SGB V

1. Stiefkinder und Enkel,
die das Mitglied überwiegend unterhält,
2. Pflegekinder,
das sind Personen, die mit dem Berechtigten durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind,

Die in den §§ 6, 7 und 8 genannten Personen können die BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen,

wenn

1. sie in einem der in § 1 Nr. 3 der Satzung genannten Betrieb beschäftigt sind,
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat,
3. der Ehegatte bei der BKK versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, versicherte Behinderte oder Rentner sind und ein Elternteil bei der BKK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer BKK oder einem Verband der BKKen beschäftigt sind oder waren.
7. Für Familienversicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V

§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V

§ 173 Abs. 4 SGB V

§ 173 Abs. 5 SGB V

§ 174 Abs. 2 und 3 SGB V

§ 173 Abs. 6 SGB V

§ 10 KÜNDIGUNG UND ENDE DER MITGLIEDSCHAFT

§ 10

10.1 Versicherungspflichtige

Versicherungspflichtige sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei 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 Mitgliedschaftsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

§ 175 Abs. 4 Sätze 1 bis 4, Satz 8 zweiter Halbsatz SGB V

10.1.1 Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von § 10.1 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 Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihren Hinweispflichten 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.

§ 242 Abs. 1, § 242a, § 242 Abs. 5 SGB V

10.1.2 Wenn ein Wahltarif nach § 18 h der Satzung gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 18 h.8 der Satzung gekündigt werden. § 10.1.1 der Satzung gilt nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 18 h der Satzung gewählt haben.

§ 53 Abs. 8 SGB V

10.2 Freiwillige Mitglieder

Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit dem Wirksamwerden der Kündigung.

§ 191 Nr. 3 erster Halbsatz SGB V
§ 7.8.3 der Satzung

§ 175 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 10.1, 10.1.1 und 10.1.2 der Satzung gelten entsprechend.

Abweichend hiervon kann das Mitglied seinen Austritt zu dem Zeitpunkt erklären, zu dem ohne die freiwillige Versicherung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen würde.

§ 191 Nr. 3 zweiter Halbsatz SGB V
§ 7.8.4 der Satzung

§ 10

10.3 Familienversicherte

Eine Familienversicherung endet, wenn die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V nicht mehr gegeben sind, von dem Wahlrecht nach § 10 Abs. 5 SGB V Gebrauch gemacht wurde, oder das Mitglied aus der Versicherung ausscheidet.

§ 10 SGB V
§ 8 der Satzung

Derzeit nicht belegt.

Es wird auf die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ verwiesen.

§ 11 a DURCHFÜHRUNG DES U1- UND U2-VERFAHRENS

§ 11 a

Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

1. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
2. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Stadt Augsburg, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
3. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

§ 8 Abs. 2 AAG

§ 9 Abs. 5 AAG

**§ 11 b STUNDUNG UND ERHEBUNG DER VON NACH
§ 5 ABSATZ 1 Nr. 13 SGB V VERSICHERUNGSPFLICHTIGEN
NACHZUZAHLENDEN BEITRÄGE**

§ 11 b

Derzeit nicht belegt.

§ 12 KASSENINDIVIDUELLER ZUSATZBEITRAG

§ 12

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,70 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 13 FÄLLIGKEIT UND ZAHLUNG DER BEITRÄGE

§ 13

- 13.1 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
2. Der Arbeitgeber kann abweichend von Nr. 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- 13.2 Die Arbeitgeber haben einen Beitragsnachweis zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge durch Datenfernübertragung zu übermitteln.
- 13.3 Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig.
- 13.4 Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V bzw. § 12 der Satzung 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.

§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV

§ 28 f Abs. 3 SGB IV

§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V

§ 14 KOSTEN IM VOLLSTRECKUNGSVERFAHREN

§ 14

Für Mahnungen und Amtshandlungen im Vollstreckungsverfahren werden die Kosten nach dem Kostengesetz in der jeweils geltenden Fassung erhoben, soweit nicht bundesrechtlich Kostenvorschriften unmittelbar gelten oder landesrechtlich für anwendbar erklärt sind.

Die Mahngebühr beträgt 1 v. H. des Mahnbetrages, mindestens 5,-- Euro höchstens 26,-- Euro.

Art. 6 AGSGB

§ 15 HÖHE DER RÜCKLAGE; ENTSCULDUNG

§ 15

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

§ 261 Abs. 2 SGB V

§ 16 LEISTUNGEN

§ 16

16.1 Pflichtleistungen

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

§ 21 SGB I

zur

1. Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
2. Empfängnisverhütung
3. Früherkennung von Krankheiten
4. Behandlung von Krankheiten

§ 20 bis § 24 SGB V

§ 24 a SGB V

§§ 25 und 26 SGB V

§§ 27 bis 52 a SGB V

bei

5. Schwangerschaft und Mutterschaft
6. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

§§ 195 - 200 RVO

§ 24 b SGB V

des

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

§ 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX

16.2 Anspruchsvoraussetzungen

1. Die Leistungen der BKK werden auf Antrag gewährt.
2. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

§ 16 SGB I

§ 11 Abs. 4 SGB V

16.3 Häusliche Krankenpflege

neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche

§ 37 Abs. 2 Sätze 4 und 5 SGB V

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat

erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

Es gilt die gesetzlich festgelegte Zuzahlungsregelung.

§ 37 Abs. 5 i.V.m.
§ 61 Satz 3 SGB V

16.4 Haushaltshilfe

§ 38 Abs. 2 und 3 SGB V

über die gesetzliche Leistung nach § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V (wie z. B. bei Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, häuslicher Krankenpflege) hinaus,

soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen,

wenn

die Weiterführung des Haushalts alleine wegen Krankheit nicht möglich ist,

und

eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,

in folgenden Fällen:

1. für die Dauer der durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesenen Krankheit, längstens jedoch 3 Wochen, wenn
im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist,
2. darüber hinaus kann die BKK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen
wenn
im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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

§ 38 Abs. 4 SGB V

<p>Es gilt die gesetzlich festgelegte Zuzahlungsregelung.</p>	<p>§ 38 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V</p>
<p>16.5 <u>Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts, höchstens 90 v. H. des entgangene Nettoarbeitsentgelts 2. für die Tage, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte. 3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen. 	<p>§ 47 Abs. 3 SGB V</p>
<p>16.6 <u>Kostenerstattung</u></p> <p>Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK vor der Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK 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.</p>	<p>§ 13 Abs. 1 und 2 SGB V</p>
<p>16.6.1 <u>Voraussetzungen</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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). 2. 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. 3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen. 	<p>§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V</p> <p>§ 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V</p> <p>§ 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V</p>

§ 16

4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V

16.6.2 Erstattung

§ 13 Abs. 2 Satz 8 bis 10 SGB V

1. Inland

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H.,

höchstens 40 Euro

für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

2. Ausland

§ 13 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V

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

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

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

§ 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H.,

mindestens 3 Euro und

maximal 50 Euro

für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 13 Abs. 4 Satz 4 und 5 SGB V

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

§ 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V

Abweichend hiervon können in einem anderen Mitgliedsstaat 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 BKK 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.

§ 13 Abs. 5 SGB V

16.7 Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

§ 13 Abs. 2 SGB V i.V.m.
§ 129 SGB V

1. a) Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130 a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

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

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 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.
3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

16.8 Gesundheitskonto

Die BKK Stadt Augsburg stellt ihren Versicherten ein Gesundheitskonto zur Verfügung. Im Rahmen dieses Gesundheitskontos übernimmt die BKK Stadt Augsburg die Kosten der folgenden Einzelleistungen:

1. Osteopathie

Versicherte der BKK Stadt Augsburg können (mit ärztlicher Bescheinigung) osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Die osteopathische Behandlung kann von approbierten Ärzten, Heilpraktikern sowie von Physiotherapeuten erbracht werden. Der jeweilige Leistungserbringer muss eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt oder Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sein.

2. Homöopathische Arzneimittel

Die BKK Stadt Augsburg erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, sofern diese von einem Arzt mittels Privatrezept verordnet wurden und diese nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden sind. Der verordnende Arzt muss Mitglied in einem Berufsverband homöopathischer Ärzte sein.

3. Reiseschutzimpfungen

Die BKK Stadt Augsburg erstattet die Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts indiziert sind. Erstattet werden die Kosten für folgende Schutzimpfungen:

- Cholera
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Typhus
- Malaria-Prophylaxe
- Tollwut
- Japanische Enzephalitis

4. Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen:

Von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Leistungen:

- Nackenfaltenmessung.
- Toxoplasmose-Test.
- Streptokokken-B-Test.
- Triple-Test.
- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen über den Regelleistungsanspruch hinaus, und/oder andere Ultraschalluntersuchungen als in der Regelversorgung, z.B. in Form von 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall-Untersuchungen.

Geburtsvorbereitungskurse für Lebenspartner der Schwangeren:

Geburtsvorbereitungskurse für den Lebenspartner der Schwangeren, wenn der Lebenspartner ebenfalls bei der BKK Stadt Augsburg versichert ist. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

Arzneimittel für Schwangere:

Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate für schwangere versicherte Frauen. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel von einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet und von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde.

Der Gesamtanspruch für die Leistungen unter Ziffer 1 bis 4 beträgt je Versichertem im Kalenderjahr 200,00 Euro. Eine Übertragung des Guthabens bzw. Restguthabens auf andere Kalenderjahre ist nicht zulässig.

Die entstandenen Kosten sind durch Originalrechnungsbelege gegenüber der BKK Stadt Augsburg bis zum 31.03. des Folgejahres nachzuweisen. Im Falle der Leistungen unter Ziffer 1, 2 und 4 ist den Originalrechnungsbelegen die ärztliche Verordnung beizufügen.

16.9 Flash-Glukose-Messsystem

Versicherte haben Anspruch auf die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem. Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.

Voraussetzungen für die Leistungsgewährung sind:

1. Die Versicherten führen eine intensivierte konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
2. Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:
 - a) Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - b) Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin,
 - c) Jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutscher Diabetes Gesellschaft (DGG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - d) Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie“.
3. Die BKK Stadt Augsburg hat die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
4. Die Nutzung des Flash-Glukose-Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder –bezieharen Daten der Versicherten möglich.
5. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind vor der Anwendung sicherzustellen.

Versicherte, die nach dieser Vorschrift ein Flash-Glukose-Messsystem erhalten, sind zur Förderung der Qualität in der Versorgung auf die für Diabetiker bestehenden Disease-Management-Programme hinzuweisen.

16.10 Rufbereitschaft Hebammen

Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft ab der 38. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a 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.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

Die entstandenen Kosten sind durch Originalrechnungsbelege gegenüber der BKK Stadt Augsburg bis zum 31.03. des Folgejahres nachzuweisen.

16.11 Künstliche Befruchtung

Die BKK Stadt Augsburg übernimmt 100 % der mit dem Behandlungsplan nach § 27a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten. Bei Behandlung in einem Staat der EU, des EWR oder in der Schweiz nach § 13 Abs. 4 SGB V erfolgt die Kostenerstattung maximal in Höhe der in Deutschland geltenden Vertragssätze. Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehegatten bei der BKK Stadt Augsburg versichert sind.

Das Erfordernis, dass beide Ehegatten bei der BKK Stadt Augsburg versichert sind, gilt nur dann, wenn es dem Ehegatten rechtlich möglich ist, durch eine gesetzliche Krankenkasse versichert zu werden.

§ 17 PRIMÄRPRÄVENTION, BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG, PRIMÄRE PRÄVENTION DURCH SCHUTZIMPFUNGEN UND SELBSTHILFE

§ 17

17.1 Primärprävention

§ 20 Abs. 1 SGB V
§ 20 a SGB V

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK auf Basis des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbands in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

- Bewegungsgewohnheiten

Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

- Ernährung

Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

- Stressmanagement

Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)

Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

- Suchtmittelkonsum

Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens

Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/ zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die BKK ist, dass der Versicherte an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten teilgenommen hat. Im Falle von onlinebasierten Kursangeboten erfolgt eine Kostenübernahme nur dann, wenn der Versicherte an allen Kurseinheiten vollumfänglich teilgenommen hat.

Die BKK übernimmt für Leistungen nach dieser Vorschrift, die sie für ihre Versicherten selbst erbringt, die vollen Kosten.

Nehmen Versicherte an qualitätsgesicherten Angeboten von Fremdanbietern teil, so erstattet die BKK bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung bis zu 100 v. H. der Kosten. Der Gesamtzuschuss ist jährlich auf 6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV begrenzt.

17.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

§ 20 b SGB V

1. Die BKK erbringt im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Betrieben Leistungen zur Gesundheitsförderung, um die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potentiale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.

Unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sind Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität der Versicherten zu verbessern.

2. Bei der Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung arbeitet die BKK mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger und anderen Krankenkassen oder Verbänden zusammen.

§ 20 b Abs. 2 SGB V

17.3 Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

1. Die BKK unterstützt die Träger der Unfallversicherung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und arbeitet eng zusammen. § 20 c SGB V
2. Die BKK informiert diese unverzüglich, wenn sie die begründete Vermutung hat, dass berufsbedingte Gefährdungen oder Berufskrankheiten bei ihren Versicherten vorliegen. § 20 c Abs. 1 Satz 3 SGB V
3. Bei der Klärung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeitet die BKK mit den Unfallversicherungsträgern und den zuständigen Stellen für den Arbeitsschutz eng zusammen. § 20 c Abs. 2 SGB V

17.4 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Die BKK gewährt zusätzlich zu den in § 20 i Abs. 1 SGB V genannten Fällen im Rahmen von § 20 i Abs. 2 SGB V Zuschüsse zu weiteren Schutzimpfungen, soweit nicht andere Kostenträger vorrangig zuständig sind.

Der Zuschuss beträgt 80 % der nachgewiesenen Kosten (Kosten der Impfstoffe sowie Arztkosten).

Für die Erstattung der Kosten sind die Originalrechnungsbelege bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres bei der BKK Stadt Augsburg einzureichen.

Die BKK führt ein Verzeichnis über die nach dieser Vorschrift erstattungsfähigen Impfungen, welches vom Verwaltungsrat zu beschließen und den Versicherten i. S. v. § 22 der Satzung öffentlich bekanntzugeben ist.

§ 20 i Abs. 2 SGB V
Richtlinie nach § 92
Abs. 1 Nr. 15 SGB V

17.5 Selbsthilfegruppen und -organisationen

Die Betriebskrankenkasse fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen mit präventiver oder rehabilitativer Zielsetzung.

Leistungen an diese Einrichtungen orientieren sich an den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe in der jeweils gültigen Fassung.

§ 20 h SGB V

**§ 18 MEDIZINISCHE VORSORGELEISTUNGEN
MEDIZINISCHE REHABILITATIONSMASSNAHMEN**

§ 18

18.1 Ambulante Vorsorgeleistungen

1. in anerkannten Kurorten

für

längstens 3 Wochen

Zuschuss zu den Kosten für
Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe,
einschließlich Fahrkosten

in Höhe von 13,-- Euro täglich;

2. für versicherte, chronisch kranke Kleinkinder

in anerkannten Kurorten

für

längstens 3 Wochen

Zuschuss zu den Kosten für
Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe,
einschließlich Fahrkosten

in Höhe von 21,-- Euro täglich.

§ 23 Abs. 2

SGB V

Hinweis:

Kurorte sind solche, die
im amtlichen Bäderver-
zeichnis aufgeführt sind.

§ 23 Abs. 2

Satz 2 SGB V

18.2 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

z. B. als

- Rehabilitationssport
- Funktionstraining
- Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke unter Ein-
beziehung von Angehörigen und Betreuungspersonen

§ 23 Abs. 2

Satz 3 SGB V

§ 43 SGB V

Derzeit nicht belegt.

1. Hausarztzentrierte Versorgung§ 73 b Abs. 1 und 2,
4 - 8 SGB V

Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V auf der Grundlage von regionalen Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsverträgen oder die Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der BKK in Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in das das Ereignis fällt.

2.1 Anspruchs- und Teilnahmevoraussetzungen

§ 73 b Abs. 3 SGB V

Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73 b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die direkte Inanspruchnahme des Kinderarztes bleibt unberührt. Der gewählte Hausarzt ist in der Teilnahmeerklärung anzugeben und hat die Wahlentscheidung des Versicherten zu bestätigen.

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

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der BKK genannt ist. Dem Bestätigungsschreiben ist ein Informationsblatt über die sich aus der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherten beigelegt. Damit verbunden ist ein 14-tägiges Widerrufsrecht der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, aktiv an der Gestaltung seiner Versorgung mitzuwirken. Hierfür erteilt er seiner BKK die Zustimmung, geeignete Maßnahmen zur Fallsteuerung zu ergreifen. Dazu gehört insbesondere auch die Kontaktaufnahme mit dem gewählten Hausarzt.

Eingeschriebene Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollenden, scheiden mit Ablauf des Quartals, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, aus der hausarztzentrierten Versorgung nach Nr. 1 aus. Im Quartal der Vollendung fällt keine Praxisgebühr an. Eine Neueinschreibung ist jederzeit mit Beginn des auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Quartals möglich.

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

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

- 2.2 Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Nr. 2.1 ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Unberührt hiervon bleibt die Verpflichtung, für mindestens ein Jahr an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen.

Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Nr. 2.1 kann frühestens sechs Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Dies gilt nicht für Kinder und Jugendliche. Kinder und Jugendliche bzw. deren Erziehungsberechtigte können abweichend von Satz 1 mit einer Frist von acht Wochen zum Ende des laufenden Quartals kündigen. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. Kündigt er nicht oder nicht fristgerecht, so verlängert sich seine Teilnahme um ein weiteres Jahr.

- 2.3 Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Nr. 2.1, kann der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Ferner können bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert werden; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung können dem Versicherten auferlegt werden.

Pflichtwidrigkeit liegt nicht vor in Notfällen bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. Urlaub).

**§ 18 c WAHLTARIF BESONDERE AMBULANTE ÄRZTLICHE VER-
SORGUNG**

Derzeit nicht belegt.

§ 18 c

1. Strukturierte Behandlungsprogramme

Die BKK führt im Rahmen von § 137 f SGB V folgende strukturierten 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 und Dauer 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.

§ 137 f Abs. 1 bis 6 SGB V

§ 18 e WAHLTARIF BESONDERE VERSORGUNG**§ 18 e**

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 ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 140 a SGB V

§ 18 f KOOPERATION MIT DER PKV**§ 18 f**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

1. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes 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 ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

- 18h.1 Die BKK Stadt Augsburg bietet
- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V) sowie
 - 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, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- 18h.2 Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- 18h.3 Die Teilnahme bestimmt sich nach den folgenden näheren Ausführungen und Bestimmungen.
- 18h.4 Teilnahme
1. Die BKK Stadt Augsburg 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 Stadt Augsburg erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Stadt Augsburg folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

18h.5 Laufzeit und Bindungsfrist

1. 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.

18h.6 Tarifende und Kündigung

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

18h.7 Obliegenheiten der Teilnehmer

1. Die Mitglieder müssen die BKK Stadt Augsburg 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 Stadt Augsburg aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Stadt Augsburg haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
2. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Stadt Augsburg nachzuweisen und die BKK Stadt Augsburg über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
3. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

18h.8 Prämien

1. 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€

2. 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€

3. 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 § 18h.13 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
4. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
5. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
6. Die BKK Stadt Augsburg darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

18h.9 Anspruch

1. 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 Stadt Augsburg bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
2. 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/ergahenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

3. 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:
 - a. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 - b. 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.
4. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
5. 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 Stadt Augsburg nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Stadt Augsburg kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

6. 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 Stadt Augsburg.
7. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
8. 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 § 18h.8 Nr. 6 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet § 18h.9 Nr. 8 keine Anwendung.
9. 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.

18h.10 Zahlung

1. 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.
2. 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 Stadt Augsburg 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.

18h.11 Dauer

1. 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.

18h.12 Höhe

1. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
 - a. 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 Stadt Augsburg eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,
 - b. 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 Stadt Augsburg eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
2. Die BKK Stadt Augsburg kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Nummern 3 und 4 des § 18h.12 entsprechend.
3. 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.

4. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Stadt Augsburg sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Stadt Augsburg auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Stadt Augsburg 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 Stadt Augsburg 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.

18h.13 Wechsel

1. 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 Stadt Augsburg nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Stadt Augsburg 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.

2. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in § 18h.12 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Stadt Augsburg über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des §18h.9 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.

§ 18 i BONUS FÜR GESUNDHEITSBEWUSSTES VERHALTEN**§ 18 i**

Versicherte können am Bonusprogramm *BKK BonusFit* für gesundheitsbewusstes Verhalten freiwillig teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten einen Geldbonus oder einen zweckgebundenen Bonus, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme von

- regelmäßigen Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20 i SGB V) oder
- regelmäßigen Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

aktiv für ihre Gesundheit einsetzen. Das Nähere regeln die Anlagen 1 bis 3 zu § 18 i der Satzung der BKK Stadt Augsburg.

§ 65 a SGB V

**§ 18 j PERSÖNLICHE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE
GEMÄß § 68 SGB V**

§ 18 j

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
2. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der Betriebskrankenkasse 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 die Betriebskrankenkasse.
4. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 68 SGB V

§ 19 LEISTUNGSBESCHRÄNKUNGEN

§ 19

19.1 Beteiligung an den Kosten der Leistungen, Versagen des Krankengeldes

§ 52 SGB V

19.1.1 Haben sich Versicherte eine Krankheit

§ 52 Abs. 1 SGB V

- vorsätzlich

oder

- bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen

zugezogen,

kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen

und

das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurück fordern.

19.1.2 Haben sich Versicherte eine Krankheit

§ 52 Abs. 2 SGB V

- durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation

- eine Tätowierung oder ein Piercing

zugezogen,

hat die Krankenkasse sie in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen

und

das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurück zu fordern.

§ 19 a LEISTUNGSAUSSCHLUSS

§ 19 a

1. Ausschluss von Leistungen

§ 52 a SGB V

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

2. Prüfung der Leistungsvoraussetzungen

§ 52 a Satz 2 SGB V

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

§ 20 AUFSICHT

§ 20

Die Aufsicht über die BKK führt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP).

§ 90 Abs. 2 SGB IV

§ 21 MITGLIEDSCHAFT ZUM LANDESVERBAND

§ 21

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

§ 22 BEKANNTMACHUNGEN

§ 22

22.1 Allgemeines

Die Satzung und sonstiges autonomes Recht sind öffentlich bekanntzumachen.

§ 34 Abs. 2 SGB IV

22.2 Art der Bekanntmachungen

Bekanntmachungen erfolgen

1. durch Aushang in den Geschäftsräumen der BKK,
2. durch Hinweis im Amtsblatt der Stadt Augsburg und
3. im Internet unter www.bkk-stadt-augsburg.de.

§ 194 Abs. 1 Nr. 11
SGB V

22.3 Aushangfristen

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

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

22.4 Einsichtnahme in die Satzung

Die geltende Satzung kann in den Geschäftsräumen der BKK während der üblichen Geschäftsstunden sowie im Internet unter www.bkk-stadt-augsburg.de eingesehen werden.

§ 196 Abs. 1 SGB V

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus

- durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und
- im Mitglieder magazin der Betriebskrankenkasse

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

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

23.1 Beschluss

Der Verwaltungsrat der BKK hat die am 06.08.1996 beschlossene Satzung durch den Beschluss von Änderungen in den §§ 11 und 12 am 18.11.1996 auf den Stand 01.01.1997 gebracht.

§ 33 Abs. 3 SGB IV

23.2 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 1997 in Kraft, dabei sind die im Jahre 1997 erfolgten gesetzlichen Änderungen zu berücksichtigen.

23.3 Bisherige Satzung

Mit dem Tage des Inkrafttretens verlieren die vom Verwaltungsrat am 06.08.1996 beschlossenen §§ 11 und 12 der Satzung in der Fassung vom 01.01.1996 ihre Geltung.

Augsburg, den 18.11.1996

Heinz Wimmer
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Diese durch den Verwaltungsrat am 18.11.1996 durch Beschluss geänderte Satzung hat die Regierung von Oberbayern - Oberversicherungsamt Südbayern -

mit seinem Bescheid vom
Aktenzeichen

genehmigt.

München, den

Regierung von Oberbayern
Oberversicherungsamt Südbayern

I. Entschädigungsregelung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates (einschließlich der An- und Abreise) werden den Mitgliedern bzw. stellvertretenden Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

A. Erstattung der Barauslagen

1. Tagegeld wird nach Maßgabe der Vorschriften des Bayerischen Reisekostengesetzes (BayRKG) in der jeweils gültigen Fassung gezahlt. Notwendige Übernachtungskosten werden erstattet. Für Übernachtungen ohne Beleg wird ein Übernachtungsgeld nach Art. 9 BayRKG gezahlt. Übernachtungen im Hotel werden nur gegen Beleg erstattet. Bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse können den Gremienmitglieder generell auf Kosten des Sozialversicherungsträgers Getränke sowie ein kleiner Imbiss kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.
2. Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten erstattet.
 - a) Kilometergeld
Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach Art. 6 BayRKG abgegolten.
 - b) Flugkosten
Hin- und Rückflugkarte. Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der Economy-(Touristen-)Klasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.
 - c) Bahnkarten
 - Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
 - Aufpreise und Zuschläge für Züge
 - Reservierungsentgelte
 - Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge
 - d) Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten
 - öffentliche Verkehrsmittel
 - Zubringer zum Flugplatz
 - Taxi
 - Gepäckkosten – Gepäckaufbewahrung
 - Post- und Telekommunikationskosten
 - Parkplatz- und Garagenkosten
 - sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

B. Erstattung des Verdienstausfalles und der Rentenversicherungsbeiträge

1. Den Mitgliedern der Organe werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV.
2. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von einem Drittel des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt, die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

C. Pauschalbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschalbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 51,00 Euro.

D. Entschädigung bei Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage werden für jeden Kalendertag nur ein volles Tages- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschalbetrag für Zeitaufwand gezahlt. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tage Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

II. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen der Ausschüsse des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach I. gezahlt; hiervon abweichend erhalten die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter bei Sitzungen eines Ausschusses jeweils den doppelten Pauschalbetrag für Zeitaufwand (I. C.).

III. Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Organ- und Ausschusssitzungen im Auftrag des Organs oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Organs oder eines Ausschusses tätig werden, werden nach I. A. und B. entschädigt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

IV. Besondere Entschädigung der Vorsitzenden des Verwaltungsrates für Tätigkeit außerhalb der Sitzungen

1. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe des 1,75-fachen Betrages nach I. C.
2. Die den Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen mit Ausnahme der Entschädigungen nach I. A. und B. werden durch einen monatlichen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten. Der Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen. Der Pauschbetrag beträgt 26,00 Euro.
3. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

V. Steuern

Soweit durch den Erhalt von Beträgen nach dieser Entschädigungsregelung Steuerpflicht entsteht, obliegt die Abführung der Steuern dem Empfänger selbst.

Anlage 1 zu § 18 i

Teilnahmebedingungen nach § 18 i

Bonusprogramm *BKK BonusFit* für gesundheitsbewusstes Verhalten

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle Versicherten der BKK Stadt Augsburg. Eine Teilnahme ist nicht möglich, wenn der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

2. Erklärung und Dauer der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm *BKK BonusFit* ist vom Versicherten zu erklären. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme beginnt zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem die jeweilige Teilnahmeerklärung eingeht; jedoch nicht vor Beginn der Versicherung bei der BKK Stadt Augsburg. Das Bonusjahr ist das Kalenderjahr.

Werden die vom Teilnehmer in Anspruch genommenen Bonusmaßnahmen spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf des Bonusjahres eingereicht, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Bonusjahr, es sei denn, der Teilnehmer erklärt, dass die Teilnahme nicht fortgesetzt werden soll.

3. Voraussetzungen für den Bonusanspruch

Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss der Versicherte

- a) die erforderlichen Bonusmaßnahmen vollständig und ordnungsgemäß im Bonusheft gegenüber der BKK Stadt Augsburg nachweisen,
- b) das ausgefüllte Bonusheft bis zum 31.03. des Folgejahres einreichen und
- c) zum 31.12. des laufenden Bonusjahres, für das der Versicherte einen Bonusanspruch geltend macht, bei der BKK Stadt Augsburg versichert sein, sowie
- d) bei der Wahl eines zweckgebundenen Bonus die erforderlichen Belege und Nachweise der verauslagten Kosten im Original einreichen.

Mit Bonusmaßnahmen, die außerhalb des jeweiligen Bonusjahres in Anspruch genommen wurden, kann kein Bonusanspruch erworben werden. Dies gilt auch für Bonusmaßnahmen, die außerhalb von Versicherungszeiten bei der BKK Stadt Augsburg durchgeführt worden sind.

Jeder Versicherte führt ein eigenes Bonusheft und kann nur ein Bonusheft pro Bonusjahr einreichen. Falls das Bonusheft verloren geht, erhält der Teilnehmer ein neues Bonusheft. Die bis zum Verlust in das Heft eingetragenen Bonusmaßnahmen können nur angerechnet werden, wenn sie im neuen Heft wieder bestätigt werden.

4. Bonusvarianten und Bonusstufen

Der Bonus wird entweder als Geldbonus oder als zweckgebundener Bonus gewährt.

Die Entscheidung über die Bonusart trifft der Versicherte abschließend mit Einreichung des Bonusheftes bei der BKK Stadt Augsburg. Diese Entscheidung kann für jedes Bonusjahr neu getroffen werden. Im Rahmen des zweckgebundenen Bonus erhalten Versicherte eine (anteilige) Bezuschussung für verauslagte Kosten. Dies gilt nur, sofern die BKK Stadt Augsburg

nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Anspruch bereits ausgeschöpft ist.

Das Bonusprogramm unterscheidet in zwei Altersgruppen (Teilnehmer vor, bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres). Maßgeblich für die Teilnahme am Bonusprogramm in der jeweiligen Altersgruppe ist das im jeweiligen Bonusjahr erreichte Lebensalter.

Das Bonusprogramm umfasst folgende Stufen:

Bonusstufe	Geldbonus	zweckgebundener Bonus
<u>Stufe 1</u> 4 Maßnahmen, davon min. 1 Pflichtmaßnahme	60 Euro	120 Euro
<u>Stufe 2</u> 5 Maßnahmen, davon min. 1 Pflichtmaßnahme	80 Euro	140 Euro
<u>Stufe 3</u> 6 Maßnahmen, davon min. 1 Pflichtmaßnahme	100 Euro	160 Euro

5. Nachweis der Bonusmaßnahmen

Die Bonusmaßnahmen sind vom Teilnehmer in der von der BKK Stadt Augsburg vorgegebenen Form zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung eines Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringers. Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der BKK Stadt Augsburg nicht übernommen.

Mit dem vollständigen Einreichen des Bonusheftes erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Bonusjahr für beendet; weitere Bonusmaßnahmen werden nicht berücksichtigt.

Hat der Teilnehmer den Bonus aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen oder Bescheinigungen erhalten, ist der Bonusbetrag zurück zu zahlen. Darüber hinaus kann die Teilnahme am Bonusprogramm durch die BKK Stadt Augsburg mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn der Teilnehmer die Unrichtigkeit zu vertreten hat. In diesem Fall ist die Teilnahme am Bonusprogramm auch künftig ausgeschlossen.

6. Ende der Teilnahme und Verfall des Bonusanspruchs

Die Teilnahme am Bonusprogramm kann jederzeit vom Versicherten beendet werden. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet überdies automatisch und zeitgleich mit dem Ende der Versicherung bei der BKK Stadt Augsburg. Mit dem Ende der Versicherung verfallen sämtliche Ansprüche auf einen Bonus.

7. Übergangsregelung, Änderung und Einstellung des Bonusprogramms

Für Bonusansprüche, die im Jahr 2018 erworben wurden, gelten die bisherigen Regelungen bis zum Ende der Laufzeit, längstens bis zum 30.06.2019. Die BKK Stadt Augsburg behält sich vor, das Bonusprogramm jederzeit zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen.

Anlage 2 zu § 18 i

Katalog der Bonusmaßnahmen nach § 18 i Bonusprogramm *BKK BonusFit* für gesundheitsbewusstes Verhalten

Versicherte bis einschließlich zum 15. Lebensjahr

Pflichtmaßnahmen (mindestens 1 pro Bonusjahr verpflichtend)

- Nachweis der 2x-jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchungen ab 6 Jahren
- die jeweils nach Lebensalter des Kindes angezeigte Untersuchung U1 bis U11
- J1 – Untersuchung
- vollständiger Impfstatus

Frei wählbare Maßnahmen

- aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder alternativ aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
- regelmäßiger Sport: unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgreicher Gemeinschaftssport, nachzuweisen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung. Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.
- Ablegen eines Sportabzeichens nach DOSB oder DLRG.
- regelmäßige Teilnahme an Baby-Schwimmkursen / Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Übungsleitung, wenn dies nicht bereits im Rahmen der Mitgliedschaft im Sportverein bonifiziert wurde.
- BMI-Nachweis im altersgerechten Normbereich

Versicherte nach dem vollendeten 16. Lebensjahr

Pflichtmaßnahmen (mindestens 1 pro Bonusjahr verpflichtend)

- Frauen oder Männer ab Vollendung des 35. Lebensjahres mit der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung Gesundheits-Check-Up. Der Anspruch besteht alle zwei Jahre.
- Versicherte nehmen eine Krebsfrüherkennungsmaßnahme in Anspruch.
- Nachweis der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung.
- zertifizierte Kurse zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Entspannung, Suchtmittelkonsum (entsprechend Leitfaden Prävention).

Frei wählbare Maßnahmen

- aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein
- aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
- regelmäßiger Sport: unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgreicher Gemeinschaftssport, nachzuweisen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung. Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.
- Ablegen eines Sportabzeichens nach DOSB oder DLRG
- Body-Maß-Index – Nachweis von BMI-Werten im altersgerechten Normbereich
- Nichtraucherstatus
- Vollständiger Impfstatus

Anmerkung: Als regelmäßig gilt die jeweilige Maßnahme, wenn diese mindestens einmal monatlich ausgeführt wird.

Anlage 3 zu § 18 i

Katalog der bezuschussungsfähigen verauslagten Kosten beim zweckgebundenen Bonus nach § 18 i

Bonusprogramm *BKK BonusFit* für gesundheitsbewusstes Verhalten

Bei verauslagten Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen bezuschusst. Maßnahmen, die bereits bei der Bonuserlangung als „Bonusmaßnahmen“ auf der Grundlage von Anlage 2 zu § 18 i berücksichtigt worden sind, können im Rahmen des zweckgebundenen Bonus nicht bezuschusst werden.

Versicherte bis einschließlich zum 15. Lebensjahr

Bezuschussungsfähig sind beim zweckgebundenen Bonus folgende verauslagte Kosten:

- Professionelle Zahnreinigung
- erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z. B. Versiegelung der Zähne)
- Mitgliedschaftsgebühr eines Sportvereins oder eines Fitnessstudios
- Gebühr für Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung
- Eltern-Baby-Kurs zur frühkindlichen Entwicklung, z. B. PEKiP und vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapieeinrichtungen inkl. homöopathischer Arzneimittel
- private Zusatzversicherungsverträge für Kranken- und Pflegeversicherung
- Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung

Versicherte nach dem vollendeten 16. Lebensjahr

Bezuschussungsfähig sind beim zweckgebundenen Bonus folgende verauslagte Kosten:

- Akupunktur
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapieeinrichtungen inkl. homöopathischer Arzneimittel
- Gebühr für Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung
- private Zusatzversicherungsverträge für Kranken- und Pflegeversicherung
- professionelle Zahnreinigung
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z. B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung)
- Antroposophische Heilmittel
- Mitgliedschaftsgebühr im Sportverein oder Fitnessstudio
- Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung