



**Satzung
der
Krones
Betriebskrankenkasse
93073 Neutraubling**

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung	Seite(n)
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Krones BKK	3
§ 2 Verwaltungsrat	4-5
§ 3 Vorstand	5-6
§ 4 Widerspruchsausschuss	6-7
§ 5 Kreis der versicherten Personen	7-10
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 7 Aufbringung der Mittel	11
§ 8 Bemessung der Beiträge	11-12
§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge.	12
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	12
§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	12-13
§ 11 Fälligkeit der Beiträge	13
§ 11a Mahn- und Vollstreckungsgebühren	13
§ 12 Höhe der Rücklage	13
§ 13 Leistungen	13-17
§ 13a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	17-18
§ 13b Schutzimpfungen	18
§ 13c Leistungsausschluss	18
§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen	18-19
§ 14a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	19
§ 14b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	19-20
§ 14c Mehrleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V	20-22
§ 14d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	22-25
§ 14e Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	25
§ 14f Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaft/ Schwangerschaftsvorsorge	25-26
§ 15 (weggefallen)	
§ 16 Kooperation mit der privaten Krankenversicherung	26
§ 17 Aufsicht	26
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband	26
§ 19 Bekanntmachungen	26-27

Artikel II

Inkrafttreten

27

Anhang zur Satzung

Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der BKK

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

Krones Betriebskrankenkasse.

Sie ist errichtet worden am 01.01.1989.

- II. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Neutraubling.
Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der Krones AG in Neutraubling, Flensburg, Nittenau, Raubling und Rosenheim sowie der nachstehenden Firmen, Betriebe und Einrichtungen:
 - Evoguard GmbH in Nittenau,
 - Syskron Holding GmbH in Wackersdorf,
 - ecomac GmbH, Neutraubling,
 - KIC Krones GmbH, Neutraubling,
 - Kroki (Krones Kindergarten) e. V. in Neutraubling,
 - Krones Service Europe GmbH; Neutraubling
 - System Logistics GmbH in Wackersdorf,
 - Milkron GmbH in Laatzen,
 - Steinecker GmbH in Freising.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Krones BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Sie müssen verschiedenen Gruppen (Versicherte oder Arbeitgeber) angehören.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. Januar des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Krones BKK gehören als Mitglieder 7 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an.

Der Arbeitgeber oder sein Vertreter hat insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter, bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krones BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Versichertenvertreter haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,
5. einen leitenden Beschäftigten der Krones BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die Krones BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 10. über die Auflösung der Krones BKK zu beschließen,
 11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - VI. Entschädigung an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen gemäß § 41 SGB IV werden nicht gezahlt.
 - VII. Der Verwaltungsrat ist beschlußfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
 - VIII. 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.
 - IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Haushaltsplan, Jahresrechnung und Satzungsänderungen ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
 - X. Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Krones BKK gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- III. Der Vorstand verwaltet die Krones BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich.

lich, soweit Gesetz und sonstiges für die Krones BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
 6. die Krones BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Krones BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Krones BKK.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlaß von Widerspruchsbescheiden werden dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Neutraubling.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus drei Vertretern der Versicherten aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates und dem Arbeitgeber oder seinem vom ihm bestellten Vertreter mit drei Stimmen.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter zur Ver-

tretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt.
Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt.
§§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter 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 Krones BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 9. Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. Diese Regelung tritt am 1. Januar 2023 außer Kraft.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Absatz 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz O-WiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Krones BKK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die

Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, 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,
4. Künstler und Publizisten nach näheren Bestimmungen des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Vollendung des dreißigsten 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 rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigte; Auszubildende des zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsab-

schnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
 - 11a. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraumes zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruches nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. 10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zu Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Krones BKK können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
 2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
 3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen, wenn sie beim Beitritt noch nicht 55 Jahre alt sind,
 4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
 5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 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.
- III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Krones BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzung wählen, wenn
1. sie zu den in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Krones BKK versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Krones BKK versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Krones BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer BKK, einem Verband der BKKen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort

des Mitgliedes vorhanden ist.

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds. Der Austausch der Krankenkassen durch das maschinelle Meldeverfahren ersetzt das Erstellen einer Kündigungsbestätigung. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitrag kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrag 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 zu den Zusatzbeiträgen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8a Stundung und Erhebung der von nach §5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Absatz II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist,
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V.

Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 0,7 v.H. monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Die Krones BKK führt das Verfahren zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG nach Maßgabe des Anhangs dieser Satzung durch. Der Anhang ist Bestandteil dieser Satzung.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweiligen gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11a Mahn- und Vollstreckungsgebühren

- I. Mahngebühren
Die Mahngebühr beträgt 1 v.H. des Beitragsrückstandes, mindestens 5 EUR, höchstens 25 EUR.
- II. Vollstreckungsgebühren
Für das Pfändungs-, Wegnahme- und Verwertungsverfahren werden Gebühren erhoben. Ihre Höhe richtet sich nach den für die Einziehung der Bundessteuern maßgebenden Vorschriften.

§ 12 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Krones BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

II. Haushaltshilfe

1. Die Krones BKK gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,

wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer Krankheit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder nach einer ambulanten Operation oder wegen strenger Bettruhe nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. In diesen Fällen wird Haushaltshilfe längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen je Krankheitsfall zur Verfügung gestellt,

wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen gewährt.

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

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

III. Kostenerstattung

1. Versicherte können an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Krones BKK vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krones BKK in Anspruch genommen werden, wenn sie zu den im Vierten Kapitel des SGB V genannten Berufsgruppen gehören und medizinische oder soziale Gründe ihre Inanspruchnahme rechtfertigen sowie eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung der Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durchspezifizierte und quittierte Originalrechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, welche die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Aus Vereinfachungsgründen wird eine Pauschalerstattung in Höhe von 33 v.H. des Rechnungsbetrages vorgenommen. Im Einzelfall ist auf Wunsch des Versicherten eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages gemäß Satz 1 vorzunehmen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 3,0 v.H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur

Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v.H., mindestens 3 EUR und maximal 50 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

IV. Kostenerstattung bei Wahlarzneimitteln

1. Versicherte haben gemäß § 129 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 13 Absatz 2 SGB V im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Danach können Versicherte ein anderes Arzneimittel wählen als dasjenige, für das die Krones BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder das gem. § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.
2. Da die Versicherten jedoch die mit der Ausübung des Wahlrechts entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen haben und die Kostenbelastung der Krones BKK nicht höher sein darf als bei einer Erbringung als Sachleistung durch ein Rabatt-Arzneimittel, ist der Umfang der Kostenerstattung begrenzt und es gelten hierfür folgende Maßstäbe:
 - a) Berechnungsgrundlage ist höchstens der Betrag, den die Krones BKK bei Erbringung des Arzneimittels als Sachleistung zu tragen hätte. Hierbei legt die BKK den Durchschnitt der Preise, die in Rabattverträgen mit Lieferanten für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart wurden, zugrunde. Liegt der Preis des vom Versicherten gewählten Arzneimittels darunter, ist jedoch höchstens dieser die Berechnungsgrundlage.
 - b) Von der Berechnungsgrundlage sind für die Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 SGB V für die der Krones BKK entgangenen Vertragsrabatte 30 v.H. sowie für den im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-

Arzneimittels höheren Kostenaufwandes 10 v.H., ferner die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung gemäß § 61 SGB V in Verbindung mit § 31 Absatz 3 SGB V in Abzug zu bringen.

3. Will ein Versicherter sein Wahlrecht nach Absatz 1 ausüben, hat er der Krones BKK die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.

§ 13a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

- I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Krones BKK auf Basis des Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. 06. 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären 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

Stressreduktion/Entspannung:

- 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.

Leistungen, die von der Krones BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt, höchstens 180 EUR je Kalenderjahr.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie in den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung und der Rechnung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 180 EUR je Kalenderjahr, gewährt.

- II. Die Krones BKK gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förde-

zung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

§ 13b Schutzimpfungen

- I. Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.
- II. Die Krones BKK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).
- III. Die Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes erforderlich sind, werden in Höhe von 100 v.H. der Kosten übernommen.

§ 13c Leistungsausschluss

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

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 EUR

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr beträgt der Zuschuss nach Satz 1,21 EUR.

§ 14a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Krones BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach - Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Krones BKK schriftlich zu erklären.

§ 14b Wahltarife strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und

die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 14c Mehrleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V

Die Krones BKK stellt ihren Versicherten folgende Mehrleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V zur Verfügung:

I. Osteopathie

Versicherte der Krones BKK können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteo-pathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die Krones BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80% des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

II. Zahnärztliche Behandlung

Versicherte der Krones BKK erhalten einen Zuschuss zu den von ihnen, bei einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Zahnarzt, in Anspruch genommenen Leistungen der professionellen Zahnreinigung.

Die professionelle Zahnreinigung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

Der auf einen Betrag von bis zu 40 EUR pro Kalenderjahr begrenzte Zuschuss ist nach Vorlage der Originalrechnung der Zahnarztpraxis den Versicherten zu gewähren.

III. Kieferorthopädische Behandlung - Retentionsspanne

Die Krones BKK erstattet die Kosten für den Einsatz einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. „festsitzender Retainer“) zu Beginn der Retentionsbehandlung. Die Kosten werden je Kiefer in Höhe von 150 EUR, jedoch nicht mehr als in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten übernommen, wenn die Krones BKK die Kosten für die vorherige kieferorthopädische Behandlung getragen hat.

IV. Hebammenhilfe (Rufbereitschaft)

Die Krones BKK erstattet einer Versicherten, die während der Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 32. Woche der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 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 tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 EUR einmal je Schwangerschaftskosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist die Originalrechnung der Hebamme vorzulegen.

V. Nicht zugelassene Leistungserbringer – qualifizierte ärztliche Zweitmeinung im Bereich der Orthopädie

Die Krones BKK gewährt im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung zur Erforderlichkeit ärztlich indizierter Operationen oder anstehender Therapieentscheidungen bei orthopädischen Indikationen nach den folgenden Regelungen:

1. Der Anspruch setzt voraus, dass die Krones BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Leistung einschließt.
Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über den nicht zugelassenen Leistungserbringer. Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der Krones BKK unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt. Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der Krones BKK und dem nicht zugelassenen Leistungserbringer oder dem beauftragten Dritten.

Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden. Die Krones BKK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und diese, sowie insbesondere die folgenden Qualitätssicherungsmerkmale gegenüber der Krones BKK nachweisen:

- Approbation
- Qualifikation zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Qualifikation zum Facharzt mit der Weiterbildung Sportmedizin oder Kinder- Orthopädie
- langjährige fachärztliche Berufserfahrung

2. Der Anspruch auf Zweitmeinung setzt eine Indikation zu einer orthopädischen Operation oder einer anstehenden sonstigen Therapieentscheidung in den Bereichen Knie, Hüfte, Rücken, Schulter und Fuß voraus.
3. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens gegenüber der Krones BKK. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme gegenüber der Krones BKK zu widerrufen.
4. Alle Versicherten können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krones BKK krankenversichert sind und von ihrem Arzt eine Indikation in den in Absatz 2 genannten Bereichen erhalten haben. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
5. Die Krones BKK leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSFG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.

§ 14d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V):

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben einen Anspruch auf Erwachsenenbonus ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 17. Lebensjahr beginnen. Ansonsten besteht ein Anspruch auf den Kinderbonus.

Damit ein Erwachsenenbonus zur Auszahlung kommen kann, muss mindestens eine Voraussetzung der Absätze 4 a) bis e) erfüllt sein. Ist dies nicht der Fall, besteht kein Anspruch auf eine Bonuszahlung.

Damit ein Kinderbonus zur Auszahlung kommen kann, muss mindestens eine Voraussetzung der Absätze 5 a) bis d) erfüllt sein. Ist dies nicht der Fall, besteht kein Anspruch auf eine Bonuszahlung.

Die Teilnahme am Bonus-Programm ist freiwillig.

2. Antragsjahr ist jeweils das Kalenderjahr.
3. Der Höchstbonus beträgt bei Teilnahme am Erwachsenenbonus 100 € und bei Teilnahme am Kinderbonus 50 € pro Antragsjahr. Beginnt die Versicherung im Antragsjahr besteht Anspruch auf den vollen Bonusbetrag. Eine Übertragung

von im Antragsjahr nicht ausgeschöpften Höchstbonusbeträgen auf folgende Jahre ist ausgeschlossen.

4. Teilnahmeberechtigte Versicherte am Erwachsenenbonus erhalten innerhalb des Antragsjahres einen Bonus bis zum Erreichen des Höchstbonus unter Nachweis der folgenden Voraussetzungen in Höhe von:
 - a) 12,50 € für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V (Gesundheitscheck) innerhalb des Antragsjahres,
 - b) 12,50 € für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V (Krebsvorsorgeuntersuchung) innerhalb des Antragsjahres,
 - c) 12,50 € für die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J2 innerhalb des Antragsjahres,
 - d) 12,50 € für die Inanspruchnahme einer Untersuchung zur Zahngesundheit nach der Maßgabe der §§ 22 SGB V und 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V innerhalb des Antragsjahres,
 - e) 12,50 € für den Nachweis über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 13b Nr. 1 innerhalb des Antragsjahres,
 - f) 12,50 € für die Teilnahme an einem immunologischen Stuhltest je Antragsjahr,
 - g) 12,50 € für die Teilnahme an einer Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 b SGB V durch den Arbeitgeber je Antragsjahr,
 - h) 12,50 € für die Inanspruchnahme einer zertifizierten Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres,
 - i) 12,50 € für die Teilnahme an einer Veranstaltung im Ausdauersport nach der abschließenden Aufzählung nach Nr. 8 je Antragsjahr,
 - j) 12,50 € für die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio je Antragsjahr,
 - k) 12,50 € für die Durchführung der professionellen Zahnreinigung je Antragsjahr,
 - l) 12,50 € für das Ablegen des Sport- oder Schwimmbadzeichens oder eines sonstigen sportlichen Leistungsnachweises je Antragsjahr.
5. Teilnahmeberechtigte Versicherte am Kinderbonus erhalten innerhalb des Antragsjahres einen Bonus bis zum Erreichen des Höchstbonus unter Nachweis der folgenden Voraussetzungen in Höhe von:
 - a) 12,50 € für die Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen U3 bis U9 innerhalb des Antragsjahres,
 - b) 12,50 € für die Inanspruchnahme der nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen

Jugendgesundheitsuntersuchung J1 innerhalb des Antragsjahres,

- c) 12,50 € für die Inanspruchnahme einer Untersuchung nach § 22 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres,
- d) 12,50 € für den Nachweis über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 13b Nr. 1 innerhalb des Antragsjahres,
- e) 12,50 € für die Teilnahme an einer Veranstaltung im Ausdauersport nach der abschließenden Aufzählung nach Nr. 8 innerhalb des Antragsjahres,
- f) 12,50 € für den Nachweis der erfolgreichen Absolvierung des Deutschen Sport- oder Schwimmbabzeichens oder eines sonstigen sportlichen Leistungsnachweises im Antragsjahr.

6. Maßnahmen nach den Nummern 4 und 5 führen nur zu einer Bonusgewährung, sofern die Maßnahme nach Beginn der Versicherung bei der Krones-BKK durchgeführt wurde.

7. Die in Anspruch genommenen Maßnahmen sind mit einem Bonusheft nachzuweisen:

Die Teilnahme an einem zertifizierten Gesundheitskurs, einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung, einer Veranstaltung nach Nummer 8 sowie die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio sind vom Veranstalter bzw. vom Verein zu bestätigen.

Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und die Impfungen müssen ärztlich bestätigt werden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen der erfolgreichen Absolvierung der jeweiligen Sportabzeichen 5 e) sind von der abnehmenden Stelle zu bestätigen.

8. Ausdauersportarten, die nach Absatz 4 i) und 5 e) zu einer Bonusgewährung führen, sind Walking, Nordic-Walking, Langstreckenlauf, Jogging, Radfahren, Eisschnelllauf (Langstrecke), Inlineskating (Langstrecke), Schwimmen, Skilanglauf, Triathlon, Duathlon, Aquathlon, Wintertriathlon, Rudern, Paddeln.

9. **Alternativ** zur Geldleistung kann jeder Krones BKK Versicherte die Zuschussprämie wählen.

Beim Erfüllen des Grundbonus kann dieser um das 1,5fache durch Vorlage einer Rechnung zu Gesundheitsleistungen als Zuschussprämie gewährt werden.

Zur Wahl stehen folgende Leistungen:

- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke, Sehtest*
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen, Zahnersatz, Zahnerhalt, Vorsorge*
- Gesundheits-, Sport- und Fitnesskurse (auch online)*
- IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)*: <https://www.igel-monitor.de/>

- Private Zusatzversicherungsverträge
- Mitgliedschaft im Sportverein / Fitnessstudio, sportmedizinische Untersuchung und Beratung, Sportveranstaltungen (Start-/ Teilnahmegebühren)
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchung*
- Akupunktur* und anthroposophische Heilmittel (z.B. Kunsttherapie, Heileurythmie, rhythmische Massagen)
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis (Methoden der Komplementärmedizin und Naturheilkunde) der besonderen Therapierichtungen

*sofern die Satzungsleistungen der Krones BKK bereits ausgeschöpft sind

§ 14e Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Arbeitgeber und in dem Betrieb beschäftigte Kassenmitglieder erhalten einen Bonus, wenn vom Arbeitgeber mit der Krones BKK für alle oder ausgewählte Betriebsteile ein Vertrag über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Bereichen Nichtraucherschutz oder Suchtvorbeugung abgeschlossen und die qualifizierte Durchführung nachgewiesen wird. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht bereits Gegenstand des Arbeitsschutzes sein. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen und die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten.

§ 14f Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaft/ Schwangerschaftsvorsorge

I. Zusätzliche Untersuchungen

Schwangere Versicherte der Krones BKK erhalten einen Zuschuss zu folgenden, nach entsprechender ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt in Anspruch genommenen, vorgeburtlichen nicht-invasiven Ergänzungsuntersuchung für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:

- zusätzliche Blutuntersuchungen
- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen

soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind.

Der auf einen Betrag von insgesamt 150,00 EUR pro Schwangerschaft begrenzte Zuschuss ist der Versicherten nach Vorlage der Original-rechnung/en der gynäkologischen Arztpraxis/ -praxen bzw. des Labors zu gewähren.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24d SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Krones BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Krones BKK führt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Neufassung und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts werden mit ihrem wesentlichen Inhalt im „Bayerischen Staatsanzeiger“ bekannt gegeben. Wenn kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, treten sie am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

- I. Die Bekanntmachungen der Krones BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der Krones BKK und im Betrieb.

Außerdem durch Bekanntgabe im Internet unter www.krones-bkk.de,

und Bundesanzeiger.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Krones BKK beträgt die Aushangfrist vier Wochen.

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

- II. Die Krones BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf Ihrer Internetpräsenz bis spätestens 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben zur Einsicht in den Geschäftsräumen der Krones BKK ausliegen. Zu veröffentlichen sind die in § 305 b SGB V und in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in

der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

- III. Öffentliche Zustellungen gemäß § 10 VwZG erfolgen durch einwöchigen Aushang in der Geschäftsstelle Neutraubling.

Artikel II

(siehe Anlage § 10 der Satzung)

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat den VIII. Nachtrag zur Satzung am 09.12.2016 beschlossen.
2. Der VIII. Nachtrag zur Satzung tritt am 01.01.2017 in Kraft.
3. Der IX. Nachtrag zur Satzung wurde am 17.07.2017 beschlossen und tritt am 01.08.2017 in Kraft.
4. Der X. Nachtrag zur Satzung wurde am 11.07.2018 beschlossen und tritt am 11.07.2018 in Kraft.
5. Der XI. Nachtrag zur Satzung wurde am 11.12.2018 beschlossen und tritt am 11.12.2018 in Kraft.
6. Der XII. Nachtrag zur Satzung wurde am 11.07.2019 beschlossen und tritt am 01.08.2019 in Kraft.
7. Der XIII. Nachtrag zur Satzung wurde am 12.12.2019 beschlossen und tritt am 12.12.2019 in Kraft.
8. Der XIV. Nachtrag zur Satzung wurde am 10.12.2020 beschlossen und tritt am 01.01.2021 in Kraft.
9. Der XV. Nachtrag zur Satzung wurde am 08.07.2021 beschlossen und tritt am 08.07.2021 in Kraft.
10. Der XVI. Nachtrag zur Satzung wurde am 09.12.2021 beschlossen und tritt am 01.01.2022 in Kraft.

Neutraubling, 09.12.2021
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates



Dienstsiegel

Josef Weitzer