



Satzung der
Koenig & Bauer BKK

i.d. F. des 5. Nachtrages,

VR-Beschluss vom 29.11.2021

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Stundung und Erhebung der von der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Mahngebühren
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Persönliche elektronische Gesundheitsakte
- § 12d Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Modellvorhaben
- § 13b Wahltarif für hausarztzentrierte Versorgung
- § 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif integrierte Versorgung
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 15 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK

- I. Die BKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Koenig & Bauer BKK.

Sie ist seit dem 01.01.1997 gemeinsame Rechtsnachfolgerin zu der am 01.01.1855 errichteten BKK Koenig & Bauer-Albert AG und der am 01.01.1991 errichteten BKK KBA Planeta AG.

Die BKK hat ihren Sitz in Würzburg.

- II. Der Bereich der BKK erstreckt sich auf die Betriebe:

Koenig & Bauer AG

Koenig & Bauer Gießerei GmbH

Koenig & Bauer FT Engineering GmbH

Albert Frankenthal GmbH

Koenig & Bauer (DE) GmbH

Koenig & Bauer Digital & Webfed AG & Co. KG

Koenig & Bauer Digital & Webfed Management GmbH

Koenig & Bauer Sheetfed AG & Co. KG

Koenig & Bauer Sheetfed Management GmbH

Koenig & Bauer Industrial AG & Co. KG

Koenig & Bauer Industrial Management GmbH

Koenig & Bauer Banknote Solutions AG & Co. KG

Koenig & Bauer Banknote Solutions Management GmbH

§ 2 Verwaltungsrat

I.

1. Das Selbstverwaltungsorgan der 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.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

II.

Dem Verwaltungsrat der BKK gehören 4 Versichertenvertreter und 1 Arbeitgeber oder dessen Vertreter an. Der Arbeitgeber und sein Stellvertreter werden von der Koenig & Bauer AG benannt. Der Arbeitgeber hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertreter zustehen.

III.

Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die 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 BKK zu beschließen.
 11. 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. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgeber anwesend sind.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen oder in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung; in diesem Fall wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung beraten und abgestimmt. Eine Angelegenheit gilt als eilig, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung in einer Präsenzsitzung nicht möglich erscheint. Als wichtiger Grund gilt z. B. das Vorliegen einer Pandemie. Der Abstimmung im schriftlichen Verfahren soll eine Beratung per Telefon- oder Videokonferenz vorausgehen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung. § 64 Abs. 3a SGB IV bleibt unberührt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der BKK gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
 6. die BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen, es sei denn, dass der Verwaltungsrat den Prüfer gem. § 7 Abs. 3 Satz 4 SRVwV bestellt hat.
 7. eine Kassenordnung aufzustellen.
 8. die Beiträge einzuziehen.
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und den Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Würzburg.

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 1 Vertreter der Versicherten aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit einer Stimme.

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

 3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird 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. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

 5. Der Vorsitzende wird in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

 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; der Abstimmung im schriftlichen Verfahren soll eine Beratung per Telefon- oder Videokonferenz vorausgehen.

- 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 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1, 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der 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 i. S. d. § 3 Abs. 2 Vorruhestandsgesetz 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 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistungen nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach dem § 23 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 näherer Bestimmung 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 Arbeitererprobung, 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 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, 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 Zugangsvoraussetzung in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,

12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01.01.1983 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 01.01.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 03.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01.01.1985 der 01.01.1992 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 zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 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 Betriebskrankenkasse 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 12 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 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 i. S. d. SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen,
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 Aufenthaltsnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 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 Abs. I und II genannten Personen können die BKK nur unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen 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 bei der 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 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/einem BKK/Verband der BKK beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds 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 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird nur 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 BKK nach § 242 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 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 Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen.
Kommt die BKK 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 Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Abs. 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK frühestens unter den Voraussetzungen des § 15 Abs. III (Anlage zu § 15 der Satzung, Nr. 5 und 6), aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der 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 Fälligkeiten der von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung.

**§ 8a Stundung und Erhebung der von der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
Versicherungspflichtigen nach zu zahlenden Beiträge**

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nach zu zahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in § 76 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB IV 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 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, das 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 genommenen 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 BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt ab 01.01.2018 1,44 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. Die Durchführung des U 1- und U 2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK-Landesverband Mitte übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Koenig & Baur BKK; die von den Arbeitgebern bezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. 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.

§ 10 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 der Beiträge 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 den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze der 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 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 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10 a Erhebung von Mahngebühren

Die Mahngebühr beträgt ab 100 € 1 v. H., mindestens 5 €, höchstens 25 €.

Auf die Erhebung der Mahngebühr kann in besonderen Fällen verzichtet werden.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der 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 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit i. S. d. 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 Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die BKK gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts 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 6 Monaten 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 selbst beschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade 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.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der 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.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.
Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. 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.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., 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 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.

V. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Abs. 2 i. V. m. § 129 Abs. 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 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

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

(2) dessen gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifischen Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK 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 zahlen.

Vom Erstattungsbetrag werden 20 v. H. als Abschlag der für die BKK entgangenen Vertragsrabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V und 10 v H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu der Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 i V. m. § 31 Abs 3 SGB V sowie ein Abschlag für Verwaltungskosten sind in jedem Fall abzuziehen.

VI. Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V

Die BKK übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführten Leistungen, nachfolgenden Regelungen:

I. Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern 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 ist. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlungsmethode qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK übernimmt die Kosten für maximal 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages jedoch nicht mehr als 60,00 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.

II. Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den von Ihnen ab vollendeten 18. Lebensjahr bei einem Vertragszahnarzt in Anspruch genommenen Leistungen der professionellen Zahnreinigung. Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen an Zähnen, Implantaten oder Brückengliedern.
2. Für Kinder und Jugendliche bezuschusst die BKK Leistungen der Professionellen Zahnreinigung als Ergänzung zu einer kieferorthopädisch genehmigten Behandlung mit einer festen Apparatur (Multibracket i. S. d. § 29 Abs. 1 SGB V).
Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn und Wurzeloberflächen, Reinigung der Zahnzwischenräume, entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur der Zähne und geeignete und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen je Zahn. Zusätzlich werden bei Kindern und Jugendlichen in kieferorthopädischer Behandlung die Bögen und alle Zusatzteile entfernt und wieder eingegliedert.

Die BKK übernimmt für Pkt. 1 und 2 bei Vorlage der Originalrechnung die Kosten in Höhe jeweils von bis zu 40,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

- III. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie),
1. Die BKK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
 2. Die BKK erstattet die Kosten pro Arzneimittelnach Abs. 1 in Höhe von 80 v. H., für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag in Höhe 50,00 Euro pro Kalenderjahr.
 3. Zur Erstattung sind der BKK die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
 4. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 – 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
 5. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Sätze 2 – 5 GB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

IV. Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaft/Schwangerschaftsvorsorge

1. Zusätzliche Untersuchungen

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

- zusätzliche Blutuntersuchungen
- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen
- zusätzliche Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind.

Der Zuschuss pro Schwangerschaft ist der Versicherten nach Vorlage der Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxen 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.

2. Geburt im Geburtshaus

Die BKK beteiligt sich mit einem Zuschuss in Höhe von 50 %, maximal 200 Euro für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 37. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gem. § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

3. Partner-Geburtsvorbereitungskurs

Schwangere Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten, die durch die Teilnahme ihres Ehemannes oder Lebenspartners (m/w/d) an einem Partner-Geburtsvorbereitungskurs entstanden sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die Versicherte selbst an dem gleichen Geburtsvorbereitungskurs teilnimmt. Erstattet werden 80 v. H., jedoch nicht mehr als 80 Euro oder die tatsächlich entstandenen Kosten.

Schwangere Versicherte erhalten einmal je Schwangerschaft in Form eines zusätzlichen Budgets in Höhe von max. 300,00 € für die Leistungen 1 - 3.

Die Leistungen nach Abs. VI (§ 11 Abs. 6 SGB V) I bis III sind insgesamt auf maximal 360,00 € je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt.

4. nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

Schwangere Versicherte der Koenig & Bauer BKK erhalten zu den Kosten der selbst beschafften, nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Mono- oder Kombinationspräparate einen Zuschuss in Höhe von maximal 100,00 €.

Gleiches gilt für versicherte Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des Lebensjahres ihres Kindes für alle nicht-verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat.

Zur Erstattung ist der Koenig & Bauer BKK die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

5. Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27 a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer intracytoplasmatischen Spermiejektion (ICSI) zusätzlich zu den im Behandlungsplan genehmigten Kosten einen Zuschuss je durchgeführten Behandlungsversuch pro Mitglied. Der Zuschuss beträgt 500 Euro, jedoch nicht mehr als die der/dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

Männliche Versicherte erhalten bei Vorliegen einer medizinischen Indikation eine im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung erforderlichen testikulären Spermienextraktion, hier TESE genannt, einen Zuschuss in Höhe von 300,00 €, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

Weibliche Versicherte, die bei Antragstellung das 35. Lebensjahr überschritten haben, erhalten zu den Kosten der Embryonenschlüpfhilfe, hier Assisted Hatching genannt, einen Zuschuss in Höhe von 200,00 €, jedoch nicht mehr als die der Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

Zur Erstattung sind der Koenig & Bauer BKK die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

V. Flash Glucose-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 sind:

- a) Die Versicherten führen eine intensivierete konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
- b) 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:

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".
- c) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.
 - d) Die BKK hat die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
 - e) Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -bezieharen Daten der Versicherten möglich.

VI. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder von 12- 18 Jahren

1. Versicherte der Koenig & Bauer BKK, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, erhalten im Rahmen der Versorgung nach § 31 SGB V unabhängig vom Vorliegen von Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel. Die Verordnung dieser Arzneimittel erfolgt durch den Vertragsarzt auf Muster 16 der Anlage 2 (Vordruckvereinbarung) bzw. bei elektronischen Arzneimittelverordnungen auf Muster e16A der Anlage 2b (digitale Vordrucke) zum Bundesmantelvertrag der Ärzte und der zugehörigen Technischen Anlage zur elektronischen Arzneimittelverordnung.
2. Von der Versorgung nach Absatz 1 sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gem. § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind.
3. Der gesetzliche Anspruch gem. § 34 Abs. 1, Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

VII. sportmedizinische Untersuchung

1. Versicherte der Koenig & Bauer BKK können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung kann als Basisuntersuchung oder als erweiterte Untersuchung erbracht werden, wobei die Basisuntersuchung mindestens eine Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Ruhe-EKG sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigen Training zu umfassen hat.
2. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung ein Belastungselektrokardiogramm erforderlich ist, können Versicherte der Koenig & Bauer BKK anstelle einer Basisuntersuchung eine erweiterte Untersuchung in Anspruch nehmen. Diese hat mindestens eine Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Belastungs-Elektrokardiogramm sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigem Training zu umfassen. Ist nach ärztlicher Einschätzung ein Lungenfunktionstest erforderlich, kann die erweiterte Untersuchung um diesen ergänzt werden.
3. Für die Inanspruchnahme der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung bei approbierten Ärzten, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen, erstattet die Koenig & Bauer BKK bis zu 60 € pro Behandlung nach Absatz 1 und maximal 120 € pro Behandlung nach Absatz 2 Satz 2, jedoch nicht mehr als 120 € pro Behandlung nach Absatz 2 insgesamt. Erstattungen nach Absatz 1 oder Absatz 2 können nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung nach dieser Satzung beansprucht werden, für die bereits eine Erstattung erfolgt ist.
4. § 13 Abs. 4 SGB V bleibt unberührt.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem nach dem Setting-Ansatz und/oder 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 zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol (Reduzierung des Alkoholkonsums)
- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens

Leistungen, die von der BKK initiiert bzw. selbst erbracht werden, oder die von anderen gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden, werden bei regelmäßiger Teilnahme ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v.H. der entstandenen Kosten, max. aber 100,00 € im Kalenderjahr, gewährt.

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal 2 Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

Bei nicht oder nicht regelmäßiger Teilnahme (unter 80 v.H. der Kurstermine) kann die BKK einen Kostenzuschuss bzw. die Kostenübernahme durch den Versicherten festsetzen.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die BKK gewährt Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gem. § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden.

Zusätzlich trägt die BKK die Kosten für folgende weitere Schutzimpfungen:

- Rotaviren (Säuglinge bis zur 26. Lebenswoche)
 - Hepatitis A und B (als Kombinationsimpfstoff)
 - FSME (ohne Einschränkung auf Risikogebiete)
 - Gripeschutzimpfung (ohne Einschränkungen auf Altersgruppen)
- II. Die BKK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise. Die Kosten werden bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes oder des Gesundheitsamtes übernommen. Voraussetzung sind die Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes. Auf den Original-Rechnungsunterlagen ist das Reiseziel zu vermerken.
- III. Die BKK gewährt die Leistungen nach Abs. I und II grundsätzlich als Sachleistung. Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden die tatsächlichen Kosten je Impfstoff sowie das Honorar in Höhe von 8.00 € je Injektion, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten erstattet. Voraussetzung ist die Vorlage einer ärztlichen Rechnung bzw. ärztlichen Verordnung inkl. Apothekenrechnung. Sofern ein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist, erstattet die BKK keine Leistungen für Schutzimpfungen.

§ 12c Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Diese Dienstleistung ermöglicht, die durch den Versicherten selbst bestimmte, elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Die Dienstleistung wird durch einen mit der BKK kooperierenden Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der BKK für die Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten.
- III. Um die elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, muss auch der Versicherte einen Vertrag mit dem Anbieter abschließen. Die gegenüber dem Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsgebühren trägt ausschließlich die BKK für die Dauer des Versicherungsverhältnisses.
- IV. Die BKK und der Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte erhalten keine Einsicht in die in der persönlichen Gesundheitsakte gespeicherten Gesundheitsdaten des Versicherten.

§ 12d Leistungsausschluss

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

- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte 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 auf Grund 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 ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr beträgt der Zuschuss nach Satz 1 21,00 €.

§ 13a Modellvorhaben

Die BKK führt im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations- Finanzierungs- und Vergütungsformen durch.

Sie führt folgende Modellvorhaben durch:

keine

13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die 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 sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die BKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Die BKK stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Abs. 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 Abs. 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 BKK schriftlich zu erklären.

§ 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die BKK führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c Versorgung. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten Versorgung. Die BKK stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.

- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Abs. II ein Jahr gebunden; er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Abs. 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 BKK schriftlich zu erklären.

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die 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.

§ 13e Wahltarifintegrierte Versorgung

- I. Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Die BKK führt ein Verzeichnis über die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BKK, stellt dem Versicherten, auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I. Erwachsene (ab Vollendung des 15. Lebensjahres)

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Grundbonus in nachstehender Höhe, wenn sie, soweit sie dafür berechtigt sind, innerhalb eines Kalenderjahres folgende Punkte nachweisen. Der Bonus wird einmalig je Maßnahme gewährt.

1. Grundbonus nach § 65a Abs. 1 SGB V

Vorsorge/Impfschutz

- | | |
|---|------|
| a) ärztliche Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) gem. § 25 Abs. 1 SGB V (ab dem 35. Lebensjahr alle 3 Jahre) | 10 € |
| b) Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) | 10 € |
| c) Impfschutz nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b der Kassensatzung wurde in Anspruch genommen.
Der Bonus wird je Maßnahme gewährt. Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Sind für einen vollständigen Impfschutz mehrere Impfdosen erforderlich, wird der Bonus nur für die letzte der für den vollständigen Impfschutz notwendigen Impfung gewährt. | 10 € |

2. Aktivbonus § 65a Abs. 1a SGB V

Versicherte, erhalten einen Aktivbonus, in nachstehender Höhe, soweit sie die erforderlichen Maßnahmen nach Abs. 1 haben vornehmen lassen und dafür berechtigt waren und folgende Punkte nachweisen. Der Bonus wird bei regelmäßiger Inanspruchnahme gewährt. Der Versicherte legt hierzu den entsprechenden Beleg bzw. den Stempel durch den Leistungserbringer vor.

- | | |
|--|------|
| a) Verhütung von Zahnerkrankungen
Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen gem. § 22 SGB V, § 30 Abs. 2 Satz 4 SGB V | 10 € |
|--|------|

- b) Zusätzliche Vorsorgeleistungen
(ergänzende Untersuchungen zu § 25 Abs. 1 SGB V) max. 40 €
- Erweiterte Krebsvorsorge
 - Erweiterter Check-up
 - Erweiterte Augenuntersuchung
 - Knochendichtemessung (Osteoporose Prävention)
- c) Sportliche Aktivitäten max. 50 €
- 1) aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio 40 €
 - 2) aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein 20 €
 - 3) Teilnahme an sportlichen Veranstaltungen des Arbeitgebers
(Firmenlauf, Firmensportfest) 10 €
 - 4) Erwerb des Deutschen Sport- bzw. Wanderabzeichens 30 €
- d) Gesundheitsbewusstes Verhalten
- 1) Besitz einer elektronischen Gesundheitsakte 10 €
 - 2) regelmäßige Nutzung Fahrrad für den Arbeitsweg/Schulweg 10 €
 - 3) Betriebliches Gesundheitsmanagement 10 €
(z.B. Rauchfrei, Windhund App etc.)
3. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert. Privatärztlich erbrachte und selbstbezahlte Vorsorgeleistungen müssen bei einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Arzt in Anspruch genommen worden sein. Die Originalrechnungen sind zusammen mit dem Bonusheft einzureichen.
4. Der Aktivbonus kann auch gewährt werden, wenn keine Maßnahme des Grundbonus im Kalenderjahr erforderlich war.
5. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung gutgeschrieben. Die Höhe des Grundbonus beträgt 30 €, für den Aktivbonus max. 130 €. Eine Erstattung kann maximal in Höhe der jeweils tatsächlich entstandenen Kosten erfolgen.
6. Die Gutschrift erfolgt, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK- Bonusheftes nachgewiesen wurden.

II. Kinder (bis zur Vollendung des 15 Lebensjahres)

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Grundbonus, in nachstehender Höhe, wenn sie, ~~Voraussetzung ist~~, soweit sie dafür berechtigt sind, folgende Punkte nachweisen:

1. Grundbonus § 65a Abs. 1 SGB V

Vorsorge/Impfschutz

- | | | |
|----|--|------|
| a) | Der Versicherte nimmt die dem Alter entsprechend durchzuführende Untersuchung U1-U9 vollständig in Anspruch. | 10 € |
| b) | Der Versicherte nimmt an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 teil | 10 € |
| c) | Impfschutz nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b der Kassensatzung wurde in Anspruch genommen.
Der Bonus wird je Maßnahme gewährt. Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Sind für einen vollständigen Impfschutz mehrere Impfdosen erforderlich, wird der Bonus nur für die letzte der für den vollständigen Impfschutz notwendigen Impfung gewährt. | 10 € |

Versicherte, erhalten einen Aktivbonus, in nachstehender Höhe, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres folgende Punkte nachweisen. Der Versicherte legt hierzu den entsprechenden Beleg bzw. den Stempel durch den Leistungserbringer vor.

2. Aktivbonus § 65a Abs. 1a SGB V

- | | | |
|----|---|------|
| a) | Verhütung von Zahnerkrankungen
Der Versicherte nimmt ab Vollendung des 6. Lebensjahres zweimal jährlich eine Untersuchung zum Erhalt der Zähne in Anspruch (Gruppen bzw. Individualprophylaxe) | 10 € |
| b) | Gesundheitsbewusstes Verhalten/sportliche Aktivitäten
1) Der Versicherte hat an einer Eltern-/Kind-Maßnahme teilgenommen (z. B. PEKiP, Babyschwimmen) | 20 € |
| | 2) der Versicherte hat das Sport- bzw. Schwimmbzeichen abgelegt | 10 € |
| | 3) Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein | 10 € |
| | 4) Der Versicherte hat an einer schulischen Sportveranstaltung teilgenommen und eine Urkunde erhalten | 10 € |

3. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung/Veranstaltung im BKK-Bonus-Heft quittiert.
4. Der Bonus wird dem Mitglied für das versicherte Kind als einmalige Beitragsermäßigung gutgeschrieben.
Die Höhe des Gesamtbonus ist pro Kalenderjahr und Versicherten auf 50 € begrenzt.
5. Die Gutschriften erfolgen, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonusheftes nachgewiesen wurden.

§ 15 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

- I. Die Koenig & Bauer BKK bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V),einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten.einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 1, der Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

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

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Neufassungen und Änderungen (Nachträge) der Satzung werden im Bayerischen Staatsanzeiger, auf der Internet-Homepage sowie durch Aushänge bekannt gegeben. Wenn kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, treten sie am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Die Aushänge erfolgen in den Räumen der BKK sowie in den in § 1 Abs. II genannten Betrieben.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise.

Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der BKK erfolgt darüber hinaus durch Aushang:

- in den Räumen der BKK und
- in den Trägerbetrieben

außerdem durch Bekanntgabe

- in der Werkzeitung und
- in der Mitgliederzeitschrift.

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

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der BKK beträgt die Aushangfrist 4 Wochen. Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 10.07.2018 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.07.2018 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.01.2010 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Bad Berneck, den 10.07.2018

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates:

Volker Schiele (Arbeitgebervertreter)

Gottfried Weippert (Versichertenvertreter)

Siegel

Anmerkungen:

	§§	Beschluss VR	Genehmigung OVA
Satzung	Neufassung	10.07.2018	29.08.2018
Nr. Nachtrag			
1	1	24.07.2019	18.09.2019
2	12; 12b	27.11.2019	29.01.2020
3	1, 12, 13d	26.11.2020	12.02.2021
4	14	09.02.2021 Umlageverf.	25.02.2021
5	2, 4, 12, 19	29.11.2021	18.01.2022