Satzung

der

SECURVITA BKK

Stand: 01.07.2026
in der Fassung des 186. Satzungsnachtrags

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis		3
Artikel I		4
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2	Verwaltungsrat	4
§ 3	Vorstand	6
§ 4	Widerspruchsausschuss	7
§ 5	Kreis der versicherten Personen	8
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	9
§ 7	Bindungsfrist und Kündigung von Wahltarifen	9
§ 8	Aufbringung der Mittel	10
§ 9	Bemessung der Beiträge	10
§ 10	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	10
§ 11	Fälligkeit der Beiträge	10
§ 11a	Erhebung von Beitragsvorschüssen	10
§ 11b	Erhebung von Mahn- und Vollstreckungsgebühren	11
§ 11c	Ausgleichsverfahren	11
§ 11 d	Beitragserstattungen	11
§ 12	Höhe der Rücklage	11
§ 12a	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	11
§ 13	Leistungen	11
§ 13a	Wahltarif Prämienzahlung bei Selbstbehalt	15
§ 13b	Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit	16
§ 13c	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	16
§ 13d	Wahltarif Besondere Versorgung	17
§ 13e	Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme	17
§ 13f (-)		17
§ 13g	Wahltarife Krankengeld	17
§ 13h	Wahltarif Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung	18
§ 14	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	19
§ 15	Medizinische Vorsorgeleistungen	20
§ 16	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	20
§ 17	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	20
§ 18	Primärprävention	21
§ 18a	Zusätzliche Satzungsleistungen	21
§ 18b	Zusätzliche Satzungsleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	26
§ 19	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	28
§ 20	Aufsicht	28
§ 21	Mitgliedschaft zum Landesverband	28
§ 22	Bekanntmachungen	28
Artikel II		29
Anlage zu § 2 der Satzung Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung		30
Anlage zu § 13a Teilnahmebedingungen Wahltarif Prämienzahlung bei Selbstbehalt		32
Anlage zu § 13g Wahltarife Krankengeld		35
Anlage zu § 16 der Satzung		39

Abkürzungsverzeichnis

AAG	Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)
Abs.	Absatz
AO	Ausgleichsordnung
AU-RL	Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BKK	Betriebskrankenkasse
FMSE	Frühsommer-Meningoenzephalitis
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV - Spitzenverband
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
i.V.m.	in Verbindung mit
IFG	Informationsfreiheitsgesetz
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KSVG	Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten
LPartG	Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft
MD	Medizinischer Dienst
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
SGB I	Sozialgesetzbuch I. Buch - Allgemeiner Teil
SGB IV	Sozialgesetzbuch IV. Buch - Gemeineinsame Vorschriften der Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch V. Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX. Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
STIKO	Ständige Impfkommission
SVRV	Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)
VwVG	Verwaltungsvollstreckungsgesetz

Artikel I
Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
gemäß § 194 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und Nr. 2 SGB V

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

SECURVITA BKK sowie die Kurzbezeichnung **SECURVITA Krankenkasse**.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Würzburg.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf:

Alfa Laval Holding GmbH
1509 Glinde

Alfa Laval Mid Europe GmbH
21509 Glinde
sowie Servicestellen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Tetra Pak Processing GmbH
82110 Germering
21509 Glinde

SECURVITA - Gesellschaft zur Entwicklung
alternativer Versicherungskonzepte mbH
20099 Hamburg

Rob. M. Sloman jr. GmbH & Co. KG
20459 Hamburg

Rob. M. Sloman & Co. oHG
20459 Hamburg

Rob. M. Sloman jr. Schiffahrts-KG
20459 Hamburg

Der Bereich der SECURVITA BKK umfasst das Gebiet der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

§ 2 Verwaltungsrat
gemäß § 31 Abs. 3a in Verbindung mit § 33 Abs. 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V

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

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

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

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

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

1. die Gesundheits- und Sozialpolitik,
2. die Finanzpolitik, insbesondere die Strategien zur Beitragssatz- und Haushaltsentwicklung,
3. die Wettbewerbsziele, Vertrieb und Marketing,
4. die Organisationsstruktur,
5. die Vertragspolitik und
6. die Personal- und Tarifpolitik.

(4) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (vgl. auch Abs. 3 Satz 3),
2. den Vorstand zu wählen
3. ein(n) leitende(n) Beschäftigte(n) der SECURVITA BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
4. den Vorstand zu überwachen,
5. die SECURVITA BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
6. über die Änderungen der Satzung zu beschließen,
7. den Haushaltsplan festzustellen,
8. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen; die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
9. den Jahresbericht entgegenzunehmen und über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
10. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
11. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen

(5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(6) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.

(7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

(8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

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

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

(11) Sitzungen des Verwaltungsrats können durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Bei öffentlichen hybriden Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Präsenz am Sitzungsort ermöglicht. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der SECURVITA BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich.

(12) In hybriden Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates bzw. die Sitzungsleitung entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, mündlich, per Chat oder ein geeignetes technisches Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der SECURVITA BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 3 Vorstand

gemäß § 35a SGB IV

(1) Der Vorstand der Krankenkasse besteht aus einer Person.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die SECURVITA BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die SECURVITA BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

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

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

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

6. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,

7. die SECURVITA BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.

8. eine Kassenordnung aufzustellen,

9. die Beiträge einzuziehen,

10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der SECURVITA BKK abzuschließen,

11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der SECURVITA BKK wird vom Vorstand eingestellt. Die Entscheidung über die Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern der SECURVITA BKK, die unmittelbar dem Vorstand berichten und nicht unter den Geltungsbereich des für die SECURVITA BKK maßgeblichen Tarifvertrages fallen, trifft der Vorstand im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.

(5) Der Vorstand stellt auf der Grundlage der vom Verwaltungsrat beschlossenen Abgrenzung der Geschäftsbereiche und unter Beachtung der Leitlinien des Verwaltungsrates (vgl. § 2 Abs. 3) Richtlinien auf. Innerhalb dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich, unbeschadet der Gesamtverantwortung des Vorstandes.

§ 4 Widerspruchsausschuss

gemäß § 36a Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 36a Abs. 2 SGB IV

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

(2) 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Versicherten und einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der SECURVITA BKK mit je einer Stimme.

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

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

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

5. Die/der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Die/der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der SECURVITA BKK sein kann.

6. Der Vorstand und/oder ein(e) vom Vorstand Beauftragte(r) nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

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

8. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können auch durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der SECURVITA BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich.

9. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest und entscheidet über die Durchführung einer digitalen Sitzung. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der SECURVITA BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich.

10. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, mündlich, per Chat oder ein geeignetes technisches Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei hybrider und digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der SECURVITA BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

11. 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.

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

(4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

gemäß §§ 5 bis 10 SGB V

(1) Der Kreis der bei der SECURVITA BKK versicherten Personen umfasst:

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

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

(2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der SECURVITA BKK nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Die in Abs. 1 und 2 genannten Personen können die SECURVITA BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. 2 oder 3 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 SECURVITA BKK versichert ist,

4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der SECURVITA BKK versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer Betriebskrankenkasse / einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden sind.

(4) Familienversicherte

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

(5) Anzeigepflicht

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft
gemäß § 175 Abs. 4 SGB V

(1) Für die Kündigung der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften.

(2) Wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind, endet die freiwillige Mitgliedschaft bei Kündigung, mit Ablauf des Vortages, bevor der Versicherte die Voraussetzungen erfüllt.

§ 7 Bindungsfrist und Kündigung von Wahltarifen
gemäß § 53 Abs. 8 SGB V

(1) Die Mindestbindungsfrist an die Wahltarife nach § 13b und § 13h beträgt ein Jahr und für den Wahltarif nach 13g drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Wahltarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich der Wahltarif und löst eine neue Mindestbindungsfrist von einem Jahr aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Für den Wahltarif nach § 13g gilt abweichend von Satz 2 eine Verlängerung der Mindestbindungsfrist analog der ersten Mindestbindungsfrist, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Dies gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.
Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen Mindestbindungsfrist gekündigt werden, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach
§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 175 Abs. 4 Satz 6 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach § 13 g dieser Satzung.

(2) Der Wahltarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der SECURVITA BKK.

(3) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozial-leistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam.

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

§ 8 Aufbringung der Mittel

gemäß § 220 SGB V

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

§ 9 Bemessung der Beiträge

gemäß § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Die Beitragsbemessung richtet sich nach den „Einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrund-sätze Selbstzahler)“ in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

gemäß § 242 Abs. 1 SGB V

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 3,9 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

gemäß § 23 SGB IV i.V.m § 240 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, § 256 Abs. 1 SGB V

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

(2) Für Krankenversicherungsbeiträge der freiwillig versicherten Arbeitnehmer, die vom Arbeitgeber gezahlt werden, gilt Abs. (1) entsprechend.

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

(4) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die SECURVITA BKK zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig. (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11a Erhebung von Beitragsvorschüssen

gemäß § 28e Absatz 5 SGB IV

(1) Die SECURVITA BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
- bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
- die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
- die keine Beitragsnachweise einreichen.

(2) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11b Erhebung von Mahn- und Vollstreckungsgebühren
gemäß § 19 Abs. 1 und 2 VwVG

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

§ 11c Ausgleichsverfahren
gemäß dem AAG

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

(2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die SECURVITA BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).

(3) Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 11 d Beitragserstattungen
nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 12 Höhe der Rücklage
gemäß § 261 Abs. 2 SGB V

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12a Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse
gemäß § 305b SGB V

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

(2) Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der SECURVITA BKK erfolgt darüber hinaus
- durch Aushang in den Räumen der SECURVITA BKK und
- in der Zeitschrift Securvital.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der SECURVITA BKK beträgt die Aushangfrist 6 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 13 Leistungen
gemäß § 11 SGB V

(1) Für die Versicherten der SECURVITA BKK gelten die Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

(2) Die SECURVITA BKK stellt den Versicherten die im Dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(3) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der SECURVITA BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)

2. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)

3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 bis 26 SGB V) und

4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)

5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX

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

(4) Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 5 SGB V

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen innerhalb von maximal vier Wochen je Krankheitsfall erbracht.

2. Voraussetzung ist, dass
   a. Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
   b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

(5) Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 2 SGB V

1. Die SECURVITA BKK gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,

   a. wenn den Versicherten wegen Krankenhausbehandlung, einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4 SGB V, einer Leistung nach § 24 SGB V, einer Leistung nach § 40 SGB V oder einer Leistung nach § 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.

   b. wenn den Versicherten wegen Krankenhausbehandlung, einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4 SGB V, einer Leistung nach § 24 SGB V, einer Leistung nach § 40 SGB V oder einer Leistung nach § 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.

c. wenn und solange den Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

   Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.

d. wenn und solange den Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird über § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V hinaus für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.

e. wenn und solange den Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird über § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V hinaus für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.

2. Voraussetzung für Buchstabe b) bis d) ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3. 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 SECURVITA BKK 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.

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

(6) (-)

(7) (-)

(8) Kostenerstattung Wahlarzneimittel gemäß § 13 Abs. 2 Satz 12 i.V.m. § 129 Abs. 1 SGB V

1. Gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 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 SECURVITA BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
   (2) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten (Erstattungsbetrag).

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

   Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

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

(9) Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2, 4 und 5 SGB V

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung für Leistungen wählen. Hierüber haben sie die SECURVITA BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der SECURVITA 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 von den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung bei der SECURVITA BKK nachzuweisen.

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

5. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

   Sie können die Wahl der Kostenerstattung, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben, jederzeit beenden.

   Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Krankenkasse davon Kenntnis erhält.

6. (-)

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

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

   Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 2 Prozent, maximal 25 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen.

   Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die SECURVITA BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(10) Leistungsausschluss gemäß § 52a SGB V

1. 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.

2. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der SECURVITA BKK gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 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 SECURVITA BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der SECURVITA BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben.
   Die SECURVITA BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst einschalten.

§ 13a Wahltarif Prämienzahlung bei Selbstbehalt
gemäß § 53 Abs. 1 SGB V

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für einzelne Leistungen pro Kalenderjahr einen Teil der von der SECURVITA BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Die Höhe des zu wählenden Selbstbehaltes beträgt 250 Euro, 450 Euro und 650 Euro. Im Gegenzug erhalten diese Mitglieder eine Prämie in Höhe von 150 Euro, 250 Euro oder 350 Euro in Abhängigkeit von der Höhe des Selbstbehaltes.

(2) Folgende Leistungen werden für das Mitglied dem Selbstbehalt unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 24d - 24h SGB V handelt:

a. Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V (§ 13 Abs. 2 der Satzung)
b. Vorsorgekuren nach §§ 23 Abs. 2, 24 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 1 der Satzung)
c. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 3 der Satzung)
d. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (§ 13 Abs. 3, § 13 Abs. 5 der Satzung)
e. Heilmittel nach § 32 und § 11 Abs. 6 i.V.m. § 32 SGB V (§ 13 Abs. 3 und § 18a Abs. 2 bis 4 und 8b der Satzung)
f. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nach § 11 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V (§ 18a Abs. 6 der Satzung)
g. Leistungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V mit Ausnahme von Verträgen der zahnärztlichen Versorgung und Zahnersatz sowie Verträgen im Bereich der Vorsorge und Prävention (§ 13d der Satzung)

(3) Die Prämie und der Selbstbehalt sind gestaffelt in Abhängigkeit von der Höhe der jährlichen durch das Mitglied getragenen Beiträge, vorbehaltlich der gesetzlichen Höchstgrenzen nach § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V, wählbar.

Tarifstufe	Prämie	Selbstbehalt	jährliche Beiträge von bis
1	150 Euro	250 Euro	750,00 Euro bis 2.999,99 Euro
2	250 Euro	450 Euro	3.000,00 Euro bis 4.499,99 Euro
3	350 Euro	650 Euro	ab 4.500,00 Euro bis offen

Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich.

(4) Die Zahlung der Prämie erfolgt jeweils nachträglich nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres in Höhe von jeweils der Hälfte des jährlichen Prämienbetrags.

Soweit der Wahltarif während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung anteilig berechnet.

(5) Die Wahl des Tarifs hat durch schriftliche Erklärung des Mitgliedes zu erfolgen und wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats.

(6) Die Einzelheiten des Wahltarifs sind in der Anlage dieser Satzung geregelt. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben dieser Anlage, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 13b Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit

gemäß § 53 Abs. 2 SGB V

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

(2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, § 22a SGB V).

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

(3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des in dem Kalenderjahr, für das die Prämienzahlung gewährt wird, an die SECURVITA BKK gezahlten und um den Erstattungsbetrag bei der Wahl eines Selbstbehaltes nach § 13a reduzierten Beitrages einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.

(4) Die Prämienzahlungen für Wahltarife gemäß § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträgen mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.

(5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Abs. (1) nicht wählen.

(6) Die Auszahlung der Prämie erfolgt im August des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

(7) Es gelten die Regelungen des § 7.

§ 13c Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

gemäß § 53 Abs. 3 i.V.m. § 73b SGB V

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

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

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

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

§ 13d Wahltarif Besondere Versorgung
gemäß § 53 Abs. 3 i.V.m. § 140a SGB V

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

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

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

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

§ 13e Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme
gemäß § 53 Abs. 3 i.V.m. § 137f SGB V

(1) Die SECURVITA BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom BAS zugelassenen Fassung.

§ 13f (-)

§ 13g Wahltarife Krankengeld
gemäß § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V

(1) Die SECURVITA BKK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach §§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Abs. 3 SGB V gewählt haben und
- nach dem KSVG versicherten selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

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

(3) Die Einzelheiten dieser Tarife sind in der Anlage dieser Satzung geregelt. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben dieser Anlage, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 13h Wahltarif Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung
gem. § 53 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung einen Tarif für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung wählen.

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 13c bis 13e ist ausgeschlossen.

(3) Die Wahl des Tarifs erfordert eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA BKK.

(4) Erstattet werden dem Versicherten entstandene und nachgewiesene Kosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt und der Versicherte für diese Leistungen nicht bereits Sach- oder Dienstleistung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen hat. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen des Tarifs ausgeschlossen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungsstellung einzureichen. Die Höhe der Erstattung beträgt 92,5 Prozent des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen werden bis zum maximal 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages berücksichtigt.

(5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 3. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Die Prämienhöhe errechnet sich nach dem Alter des Versicherten nach der Formel „Kalenderjahr der Teilnahme minus Geburtsjahr“.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

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

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

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

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

(6) Für Versicherte, die in einem vollen Kalenderjahr keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung. Voraussetzung ist, dass die Prämien für das Kalenderjahr sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig gezahlt wurden. Die Höhe der Prämienrückerstattung beträgt 25 Prozent der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Sofern ein Versicherter in mehreren ohne Unterbrechung aufeinander folgenden Kalenderjahren keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch nimmt, erhöht sich die Prämienrückerstattung mit jedem weiteren vollen Kalenderjahr ohne Leistungen um 5 Prozent der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Die Höhe der Prämienrückerstattung ist auf maximal 50 Prozent der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien begrenzt.

(7) Es gelten die Regelungen des § 7.

(8) Wenn nach der Wahl des Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

§ 14 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

gemäß § 20i Abs. 2 SGB V

(1) Die SECURVITA BKK übernimmt zur Verhütung übertragbarer Krankheiten zusätzlich zu § 20i Abs. 1 und 3 SGB V weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

(2) Über die Regelleistung hinaus übernimmt die SECURVITA BKK die Kosten für folgende Schutzimpfungen:

a. Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) unabhängig von einem Aufenthalt im Risikogebiet,

b. Grippeschutzimpfung ab dem 1. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, sofern kein anderweitiger Anspruch besteht,

c. Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV-Impfung) bei weiblichen und männlichen Versicherten über die Altersgrenzen der Standardimpfung gemäß der SI-RL hinaus bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres,

d. gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich oder nicht durch Ausbildung bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind,

e. Schutzimpfungen aufgrund einer ärztlichen, individuell gestellten Impfindikation.

(3) Außerdem übernimmt die SECURVITA BKK die Kosten für die medikamentöse Prophylaxe folgender Krankheiten:

a. Malaria. Die Kosten für die Malariamedikamente werden für die Dauer von maximal 6 Wochen (je Auslandsreise) erstattet.

(4) Die SECURVITA BKK gewährt die Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. Die SECURVITA BKK erstattet die Impfleistung in Höhe des 1,0-fachen GOÄ Satzes bzw. in Höhe der Vertragssätze und den Impfstoff zu 100 Prozent. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die SECURVITA BKK keine Leistungen.

(5) Zur Erstattung der entstandenen Kosten sind jeweils die spezifizierten Rechnungen innerhalb von sechs Monaten (Eingang) nach Ausstellung der Rechnung einzureichen.

§ 15 Medizinische Vorsorgeleistungen

gemäß § 23 Abs. 2 SGB V

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die SECURVITA BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 Euro Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25 Euro. Ein Zuschuss kann gewährt werden, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert.

§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

gemäß § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V

(1) Die SECURVITA BKK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an einem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist für Personen ausgeschlossen, die gemäß § 240 Abs. 4b Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Anwartschaftsversicherung bei der SECURVITA BKK abgeschlossen haben und für Personen, für die nach § 264 SGB V auftragsweise Leistungen durch die SECURVITA BKK erbracht werden.

(2) Mit Beginn der Versicherung bei der SECURVITA BKK besteht Anspruch auf die Teilnahme am Bonusprogramm Healthmiles. Die Teilnahme beginnt mit der Anmeldung durch den Versicherten. Die Anmeldung kann telefonisch, online oder schriftlich erfolgen. Mit dem Ende der Versicherung bei der SECURVITA BKK erlöschen alle noch bestehenden Bonusansprüche im Bonusprogramm. Auf Antrag leben insoweit erloschene Bonusansprüche wieder auf, wenn die Versicherung bei der SECURVITA BKK innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Beendigung wieder besteht.

(3) Anspruch auf einen Bonus im Bonusprogramm haben Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V sowie Leistungen der Zahnvorsorge nach den §§ 21,22, 22a und 55 SGB V in Anspruch genommen haben, oder regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen haben oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilgenommen haben.

(4) Näheres zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ist in der Anlage zu § 16 der Satzung geregelt.

§ 17 Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

gemäß § 65a Abs. 2 SGB V

(1) Die SECURVITA BKK gewährt auf Grundlage des §65a Abs. 2 SGB V dem Arbeitgeber einen Bonus für die Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V i. V. m. dem Handlungsleitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-SV zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Voraussetzungen für die Gewährung des Bonus sind ein Bonusvertrag zwischen dem Arbeitgeber und der SECURVITA BKK und dass die Maßnahmen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

(3) Der Bonusvertrag zwischen dem Arbeitgeber und der SECURVITA BKK regelt die Voraussetzungen, sowie Art und Umfang des Bonus.

(4) Versicherte der SECURVITA BKK haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie an qualitätsgesicherten Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20b SGB V ihres Arbeitgebers zu den Handlungsfeldern auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-SV zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V vollständig teilnehmen. Der Anspruch besteht für maximal zwei Maßnahmen im Kalenderjahr.

(5) Der Bonus in Höhe von 10 Euro je Maßnahme wird dem Versicherten bis zum 01.04. des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen nach Abs. 4 durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an den Maßnahmen nachgewiesen wurden.

§ 18 Primärprävention

gemäß § 20 Abs. 1 und Abs. 2, Abs. 4 Nr.1 bis Nr. 3 i.V.m. Abs. 5 SGB V

(1) Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die SECURVITA BKK auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-SV zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) mit den im Folgenden genannten Handlungsfeldern. Darüber hinaus sollen die Grundsätze der Ottawa-Charta wirksam werden.

(2) Die SECURVITA BKK gewährt folgende Leistungen:

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

2. Ernährung:
   - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
   - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

3. Stressmanagement:
   - Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
   - Förderung von Entspannung und Erholung

4. Suchtmittelkonsum:
   - Förderung des Nichtrauchens
   - gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

(3) Die Förderung durch die SECURVITA BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen. Leistungen, die von der SECURVITA BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der 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 der entstandenen Kosten, max. aber 150 Euro je Maßnahme gewährt.

Dies setzt voraus, dass die Maßnahme regelmäßig besucht wurde. Um diese Regelmäßigkeit zu erreichen, sind bei Präsenzkursen sowie ortsunabhängig, aber zeitabhängig durchgeführten Online-Maßnahmen, wie z.B. Streaming-Angeboten, mindestens 80 Prozent der Kurstermine zu absolvieren. Bei zeit- und ortsunabhängigen Online-Maßnahmen sind 100 Prozent aller Einheiten/Inhalte zu absolvieren.

§ 18a Zusätzliche Satzungsleistungen

gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

(1) Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Aus den nachfolgenden Regelungen ergeben sich die Art, die Dauer und der Umfang der einzelnen Leistungen.

(2) Anthroposophische Heilmittel

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können nach ärztlicher Verordnung anthroposophische Heilmittel in Anspruch nehmen, wenn sie medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

   a. Versicherte können Leistungen der Heileurythmie in Anspruch nehmen. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 35 Euro pro Sitzung. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsbetrag auf 40 Euro pro Sitzung.

b. Versicherte können Leistungen der Kunsttherapie in Anspruch nehmen. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 40 Euro pro Sitzung. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsbetrag auf 45 Euro pro Sitzung.

c. Versicherte können Leistungen der Rhythmischen Massage in Anspruch nehmen. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 30 Euro pro Sitzung. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsbetrag auf 35 Euro pro Sitzung.

2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt.

3. Die SECURVITA BKK übernimmt insgesamt maximal 20 Sitzungen der anthroposophischen Heilmittel (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) im Kalenderjahr. Die Behandlungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Ausstellung der Verordnung in Anspruch zu nehmen. Pro Verordnung sind maximal zehn Sitzungen erstattungsfähig.

(3) Chiropraktik

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können nach einer ärztlichen Verordnung chiropraktische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der als Arzt oder Heilpraktiker zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist und über eine chiropraktische Ausbildung verfügt, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Chiropraktiker berechtigt.

3. Der Anspruch pro Versicherten besteht für maximal sechs Sitzungen im Kalenderjahr. Pro Quartal und Verordnung sind maximal drei Sitzungen erstattungsfähig. Die Behandlungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Ausstellung der Verordnung in Anspruch zu nehmen. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsbetrag auf 60 Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als die entstandenen Aufwendungen. Die Leistungen nach Abs. (4) werden auf den Anspruch angerechnet.

(4) Osteopathie

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können nach ärztlicher Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

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

3. Der Anspruch pro Versicherten besteht für maximal sechs Sitzungen im Kalenderjahr. Pro Quartal und Verordnung sind maximal drei Sitzungen erstattungsfähig. Die Behandlungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Ausstellung der Verordnung in Anspruch zu nehmen Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhöht sich der Erstattungsbetrag auf 60 Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als die entstandenen Aufwendungen. Die Leistungen nach Abs. (3) werden auf den Anspruch angerechnet.

(5) Professionelle Zahnreinigung

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung.

2. Der Zuschuss wird bis zu zweimal im Kalenderjahr in Höhe von jeweils bis zu 26 Euro für die entstandenen Aufwendungen gewährt. Eine Bezuschussung ist ausgeschlossen, sofern ein Zuschuss nach § 18b Abs. (3) gewährt wird.

(5a) 1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben über die im SGB V geregelte zahnärztliche Versorgung hinaus, Anspruch auf Erstattung der Kosten für folgende von Vertragszahnärzten bzw. Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigen Leistungserbringern durchgeführten Leistungen:

- Glattflächenversiegelung und Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren im bleibenden Gebiss bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einmalig in Höhe von bis zu 50 Euro bei anstehender kieferorthopädischer Behandlung als Leistungspflicht der SECURVITA BKK

- elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (GOZ 2400) und die zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (GOZ 2420) zusätzlich zur zahnärztlichen endodontischen Behandlung nach § 28 Abs. 2 SGB V in Höhe von insgesamt bis zu 50 Euro im Kalenderjahr

- Bakterientest bei anstehender Parodontosebehandlung in Höhe von bis zu 50 Euro.

2. Zusätzlich erstattet die SECURVITA BKK über die im SGB V geregelte zahnärztliche Versorgung hinaus, die Kosten für folgende Leistungen insgesamt bis maximal 100 Euro kalenderjährlich:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern es keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.

- Lachgassedierung bei der chirurgischen Entfernung von Zähnen für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erbracht wird.

(5b) Retainer

1. Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten einmalig über die Regelversorgung hinaus zur Sicherung des Behandlungsergebnisses im Rahmen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung, soweit die Kostenübernahme durch die SECURVITA BKK erfolgte, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen einen Zuschuss zu den Kosten eines festsitzenden Frontzahnretainers (Retainer).

2. Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten für einen Retainer ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Erstattung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 100 Euro nach Vorlage der personifizierten Rechnung unter Angabe des Leistungserbringers, des Behandlungstages und der Abrechnungspositionsnummern sowie der Kosten.

3. Bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren und festsitzenden (im Unterkiefer) Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer entfällt der Zuschuss.

(6) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Medizin)

1. Die SECURVITA BKK erstattet Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Medizin), 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 zugelassenen Vertragsarzt bzw. nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer auf Privatrezept erfolgte und

   c. das Arzneimittel durch die Versicherten innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und

   d. das nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Fertigarzneimittel nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen wurde.

   Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des G-BA bleibt unberührt.

2. Die SECURVITA BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 100 Prozent bis zu 100 Euro im Kalenderjahr.

(7) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus können Versicherte der SECURVITA BKK auf Basis von § 11 Abs. 6 i.V.m. § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen.

   Derartige Risikofaktoren sind:

   a. Adipositas
   b. erhöhter Blutdruck
   c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
   d. Atemwegserkrankungen
   e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
   f. Diabetes

   Bestandteil der sportmedizinischen Untersuchung können auch ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung oder eine Laktatbestimmung sein.

2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

3. Die SECURVITA BKK erstattet die entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 120 Euro, jedoch nicht mehr als die entstandenen Aufwendungen. Der Untersuchungsanlass ist entsprechend zu belegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Untersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Untersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

(8) Hautkrebsvorsorge

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres im Einzelfall Anspruch auf zusätzliche Vorsorgeleistungen. Der Anspruch umfasst die Hautkrebsvorsorge durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen. Der Anspruch besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

2. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

   Derartige Risikofaktoren sind:

   a. Vorliegen des Hauttyps 1 (Dermatitis solaris statt Bräunung)
   b. Vorhandensein von mehr als 50 Leberflecken
   c. Vorhandensein größerer Leberflecken > 5 mm
   d. Immunsuppressive Therapie nach einer Organtransplantation.

3. Die Untersuchung beinhaltet:

   - gezielte Anamnese (gezieltes Erheben der Krankengeschichte)
   - visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (sichtbaren Schleimhäute)
   - visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie
   - Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung
   - Dokumentation.

4. Die SECURVITA BKK erstattet die Kosten der Hautkrebsvorsorge bis maximal 40 Euro, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(8a) Vorsorge

1. Versicherte der SECURVITA BKK haben über den gesetzlichen Anspruch nach § 23 SGB V hinaus Anspruch auf weitere Vorsorgeleistungen unter der Voraussetzung, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

   Für folgende, von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen ist eine Erstattung möglich:

   a. Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (immunologischer Stuhltest oder Darmspiegelung) bei Risikofaktoren (familiär oder erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko) für Versicherte ab 45 Jahren jeweils einmalig bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig,
   b. Untersuchung („Check-Up“) für Personen im Alter von 18 - 34 Jahren bei Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie alle 36 Monate.

2. Die SECURVITA BKK erstattet die entstandenen Kosten in Höhe von 100 Prozent bis maximal 100 Euro je Untersuchung, aber nicht mehr als die entstandenen Kosten.

(8b) Kinesio Taping

1. Die SECURVITA BKK beteiligt sich nach § 11 Abs. 6 i.V.m. § 32 SGB V an den Kosten für ein kinesiologisches Taping bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.

2. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch nach § 124 SGB V zugelassene Leistungserbringer der Fachrichtung Physiotherapie als Ergänzung zu einer Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V, oder entsprechende nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte Leistungserbringer erfolgt, die erfolgreich an einem Grund- oder Einführungskurs zur Anwendung des kinesiologischen Tapings, der theoretische Grundlagen zur Wirkung und Funktionsweise, Materialkunde, Indikationen und Kontraindikationen sowie Techniken zur Anwendung vermittelt hat, teilgenommen haben.

3. Die SECURVITA BKK gewährt einen Zuschuss in Höhe von 30 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

(9) Erstattungsregelung

1. Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen für die Leistungen nach den Absätzen 2 bis 8 sind jeweils die spezifizierten Rechnungen innerhalb von sechs Monaten (Eingang) nach Ausstellung der Rechnung einzureichen. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, sofern die Leistungen über einen Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V erbracht wird.

2. Ergänzend ist für die nachfolgend aufgeführten Leistungen einzureichen:

   a. für Leistungen der anthroposophischen Heilmittel, der Chiropraktik oder der Osteopathie nach den Abs. (2) bis (4): ärztliche Verordnung mit Angabe der Diagnose

   b. für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nach Abs. (6): ärztliche Verordnung oder ein Nachweis des E - Rezeptes jeweils mit Angabe des Versicherten, Ausstellungsdatum, verordnetem Arzneimittel und Pharmazentralnummer (PZN).

§ 18b Zusätzliche Satzungsleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

(1) Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V, die von nach § 134a SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten freiberuflichen Hebammen mit Ausnahme der Leistungen nach den Absätzen (3), (5) und (7) erbracht werden.

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

(2) Hebammenrufbereitschaft

1. Die SECURVITA BKK erstattet die 24-stündige Hebammenrufbereitschaft in den letzten Wochen der Schwangerschaft, in der Regel zwischen der 37. und der 42. Schwangerschaftswoche. Die Höhe der Erstattung beträgt 100 Prozent der entstandenen Kosten bis maximal 300 Euro.

(3) Professionelle Zahnreinigung während der Schwangerschaft

1. Versicherte der SECURVITA BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V während einer Schwangerschaft einmalig einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung in Höhe von 100 Prozent der entstandenen Kosten. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Leistung nach § 18a Abs. (5) der Satzung für dieselbe Behandlung ist ausgeschlossen.

2. Für die Gewährung eines Zuschusses ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. (5) eine Kopie des Mutterpasses als Nachweis über die bestehende Schwangerschaft einzureichen.

(4) Geburtsvorbereitung für die Begleitperson

1. Zur Unterstützung der bei der SECURVITA BKK versicherten werdenden Mutter beteiligt sich die SECURVITA BKK an den Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für die Begleitperson der werdenden Mutter. Voraussetzung ist, dass die Hebammen gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach §13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind.

2. Die Höhe des Zuschusses beträgt 100 Prozent der entstandenen Kurskosten bis maximal 80 Euro. Die Teilnahmebestätigung ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. (8) für die Erstattung einzureichen.

(5) Schwangerschaftsvorsorge

1. Die SECURVITA BKK beteiligt sich über die gesetzlich geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus, an den Kosten für nachfolgende nach entsprechender Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt durchgeführten Leistungen, die im Einzelfall bei Vorliegen eines konkreten Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der werdenden Mutter oder der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

   - Ultraschalluntersuchungen für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhtem medizinischen Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes
   - Nackenfaltenmessung für Risikoschwangere
   - Triple Test für Risikoschwangere
   - Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen
   - Toxoplasmose Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen
   - Zytomegalie Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr
   - B-Streptokokken-Test in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.

2. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 150 Euro pro Schwangerschaft. Der Grund des Untersuchungsanlasses ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. (8) anzugeben.

(6) Hebammenleistungen

1. Versicherte der SECURVITA BKK haben ergänzend zu § 24d SGB V Anspruch auf individuelle Beratungsleistungen durch Hebammen, wenn und soweit die zusätzliche Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist. Pro Beratungsgespräch ist eine Mindestdauer von 45 - 60 Minuten einzuhalten.

2. Als individuelle Beratungsleistung kommen die Still- und Ernährungsberatung und die Beratung zur Wahl des Geburtsortes und des Geburtsmodus in Betracht.

3. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 30 Euro je Beratungsleistung bis zu zweimal pro Schwangerschaft.

(7) Arzneimittel für Schwangere

1. Versicherte der SECURVITA BKK haben nach vorheriger ärztlicher Verordnung Anspruch auf alle nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium, Vitamin B12 und D3 sowie Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate.

2. Erstattet werden die je Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten in Höhe von bis zu 40 Euro maximal pro Schwangerschaft, sofern das Arzneimittel von einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet und von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung abgegeben wurde. Die ärztliche Verordnung oder ein Nachweis des E-Rezeptes jeweils mit Angabe des Versicherten, Arzt, Ausstellungsdatum, verordnetem Arzneimittel und Pharmazentralnummer (PZN) ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. (8) einzureichen.

3. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den genannten Wirkstoffen ist nicht möglich.

4. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des G-BA bleibt unberührt.

(8) Erstattungsregelung

Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen für die Leistungen nach den Absätzen (2) bis (7) sind jeweils die spezifizierten Rechnungen innerhalb von sechs Monaten (Eingang) nach Ausstellung der Rechnung einzureichen. Für Leistungen nach Abs. (2) beginnt die Frist frühestens mit dem tatsächlichen Entbindungstermin. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, sofern die Leistung über einen Vertrag zur Besonderen Versorgung erbracht wird.

§ 19 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

gemäß § 20k SGB V

(1) Die SECURVITA BKK gewährt Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Ausgestaltung der Leistungen orientiert sich an den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen Festlegungen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

(2) Die Leistungen für Maßnahmen nach Abs. 1 werden als Sachleistung im Rahmen von Verträgen mit Leistungserbringern angeboten. Ausgeschlossen sind Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. allgemeine Kenntnisse zum Umgang mit Hard- und Software) oder die offene und verdeckte Produktwerbung enthalten.

§ 20 Aufsicht

gemäß § 90 Abs. 1 SGB IV

Die Aufsicht über die SECURVITA BKK führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

§ 21 Mitgliedschaft zum Landesverband

gemäß § 207 Abs. 1 Satz 3 SGB V

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

§ 22 Bekanntmachungen

gemäß §§ 34 Abs. 2 SGB IV, 305b SGB V

(1) Die Bekanntmachungen der SECURVITA BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.securvita.de sowie durch nachrichtliche Bekanntgabe in der Zeitschrift Securvital.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

(2) Des Weiteren veröffentlicht die SECURVITA BKK im elektronischen Bundesanzeiger sowie im Internet unter www.securvita.de zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Zeitschrift Securvital veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsräumen der SECURVITA BKK aus.

Artikel II
Inkrafttreten

(1) Die Satzung wurde aufgestellt am 19./20.11.1996.

(2) Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

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

Anlage zu § 2 der Satzung Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der SECURVITA BKK haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

I. Tagegeld

1. Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden bei einer Abwesenheit pro Kalendertag die jeweils geltenden Pauschalbeträge nach § 9 Abs. 4a EstG.

2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 Prozent, für das Mittag- und das Abendessen um je 40 Prozent des vollen Tagesgeldes gekürzt.

3. Abweichend von der Regelung des I.2. können bei Sitzungen der Selbstverwaltungs-organe und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 Prozent der Verpflegungs-pauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

II. Übernachtungsgeld

1. Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 Euro.

2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

3. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

III. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n berufsmäßige/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe der Abschnitte I. und II. gezahlt.

IV. Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten erstattet.

1. Wegstreckenentschädigung

   Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten.

2. Flugkosten

   Hin- und Rückflugkarte.

   Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

3. Bahnkarten

   a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
   b) Aufpreise und Zuschläge für Züge
   c) Reservierungsentgelte
   d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.

4. sonstige Kosten

   a) öffentlicher Nahverkehr
   b) Zubringer zum Flugplatz
   c) Taxi bzw. andere Fahrdienstleister
   d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung
   e) Post- und Telekommunikationskosten
   f) Parkplatz- und Garagenkosten
   g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

V. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben werden auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

VI. Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

1. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates sowie der stellvertretende Vorsitzende erhalten für ihre Auslagen außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, einen Pauschbetrag. Der Pauschbetrag beträgt für den Vorsitzenden sowie den stellvertretenden Vorsitzenden 41 Euro monatlich.

2. Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

3. Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand (VII.) vermischt werden.

VII. Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied der Selbstverwaltungsorgane unabhängig von der Sitzungsdauer 90 Euro je Sitzungstag erstattet. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.

2. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.

3. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates sowie der stellvertretende Vorsitzende erhalten für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen monatlich den 6-fachen Satz des Pauschbetrages für den Zeitaufwand nach VII 1.

4. Anderen Organmitgliedern wird ein Pauschbetrag in Höhe von VII. 1. für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen.

5. Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

VIII. Ersatz bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind

Bei Dienstunfällen kommen die für den Öffentlichen Dienst geltenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften zur Anwendung. Einem Antrag auf Kostenerstattung sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

Anlage zu § 13a Teilnahmebedingungen Wahltarif Prämienzahlung bei Selbstbehalt

1. Teilnahmevoraussetzungen

   Die Teilnahme ist freiwillig. Sie wird vom Mitglied durch Unterzeichnung einer schriftlichen Teilnahmeerklärung erklärt. Den Wahltarif wählen kann,

   - wer Mitglied der SECURVITA BKK ist und
   - dessen Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

   Als Beitrag gilt hierbei der Krankenversicherungsbeitrag abzüglich von dritter Seite zu zahlender Zuschüsse.

   Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

   - Beitragsfreiheit vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V).
   - der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
   - ein Beitragsrückstand besteht bzw. eine Ratenzahlung mit der SECURVITA BKK vereinbart wurde
   - eine Anwartschaftsversicherung besteht.

   Die Teilnahmevoraussetzungen müssen zu Beginn eines jeden Bindungszeitraums erfüllt sein. Ändert sich im Verlauf der Teilnahme ein relevantes Kriterium (z. B. das Einkommen), so wird der Tarif dennoch zu den vereinbarten Bedingungen bis zur Kündigung fortgesetzt. Eine Sonderkündigung kommt nur in besonderen Situationen in Betracht. Endet die Mitgliedschaft (z. B. Ende kraft Gesetzes), so endet die Tarifteilnahme.

2. Tarifbeginn und Tarifende

   Der Wahltarif wird zum 01.01.2023 eingeführt und läuft grundsätzlich zeitlich unbefristet. Übergeordnete außerordentliche Gründe wie Rechtsänderungen oder mangelnde Wirtschaftlichkeit können allerdings zu Anpassungen der Tarifbedingungen oder der Beendigung des Tarifes führen. Gleiches gilt für eine Weisung durch die Aufsichtsbehörde der SECURVITA BKK, wenn eine Anpassung der Tarifbedingungen oder die Beendigung des Wahltarifes angeordnet wird.

   Die SECURVITA BKK hat die Wirtschaftlichkeit des Tarifes regelmäßig zu überprüfen und gegenüber der Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Sollte sich zeigen, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist, kann der Tarif jederzeit durch die SECURVITA BKK beendet werden.

   Außerdem kann die SECURVITA BKK die Tarifbedingungen jederzeit einseitig ändern oder ergänzen. Die SECURVITA BKK hat Änderungen den Teilnehmern rechtzeitig bekannt zu geben. In diesem Fall genießen die Versicherten für die Dauer von zwei Monaten nach Erhalt der geänderten Tarifinformation ein Sonderkündigungsrecht. Die Beendigung des Tarifes sowie Änderungen der Tarifbedingungen bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde.

3. Beginn und Ende der Teilnahme, Tarifbindung

   3.1. Beginn der Teilnahme

   Die Wahl des Tarifs hat durch schriftliche Erklärung des Mitgliedes zu erfolgen und wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Zu diesem Zeitpunkt müssen die Voraussetzungen für die Teilnahme vorliegen. Soweit der Tarif während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung anteilig berechnet.

   Abweichend dazu kann die Teilnahme im Jahr der Einführung bis zum 28.02.2023 auch rückwirkend zum 01.01.2023 erklärt werden. Voraussetzung ist, dass bereits bis zum 31.12.2022 eine Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt (§ 13b der Satzung) erfolgte.

   3.2. Ende der Teilnahme

   Die Teilnahme am Tarif endet grundsätzlich durch schriftliche Kündigung, frühestens jedoch zum Ablauf der Mindestbindungsfrist von drei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Mindestbindungsfrist bzw. Bindungsfrist. Erfolgt keine Kündigung verlängert sich der Wahltarif automatisch um ein weiteres Jahr. Die Kündigung ist frühestens zum Ende des jeweiligen Verlängerungszeitraumes möglich.

   Wenn nach der Wahl des Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

3.3. Sonderkündigungsrecht

In besonderen Situationen haben teilnehmende Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht. Das gilt insbesondere für Härtefälle und bei belastenden Änderungen der Tarifbedingungen. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Monats wirksam.

Die SECURVITA BKK besitzt gegenüber den Teilnehmern kein individuelles Kündigungsrecht.

3.4. Änderungen

Änderungen in den Tarifstufen sind jeweils zum 1. Januar des Folgejahres möglich, wenn die jeweiligen Voraussetzungen (Mitgliedschaft, Beiträge werden nicht vollständig von Dritten getragen usw.) erfüllt sind. Die schriftliche Anzeige hat bis spätestens 30.11. des Jahres für das Folgejahr zu erfolgen.

Innerhalb der Mindestbindung haben Änderungen in den Tarifstufen keine Auswirkungen auf die Mindestbindungsfrist; die Dauer bleibt unverändert.

Im Anschluss an die Mindestbindung/vorherige Bindung lösen Änderungen in den Tarifstufen eine neue Bindungsfrist von 12 Monaten aus.

4. Bindungszeitraum der Tarifteilnahme

4.1. Erstmalige Tarifwahl

Teilnehmende Mitglieder binden sich an den gewählten Tarif für die kommenden drei Jahre (Mindestbindungsfrist).

4.2. Verlängerung der Tarifteilnahme

Wird der Tarif nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von drei Jahren nicht gekündigt, verlängert sich die Tarifteilnahme um ein weiteres Jahr (Bindungsfrist).

4.3. Beendigung der Tarifteilnahme in besonderen Notlagen

In wirtschaftlichen Notlagen kann individuell eine Härtefallregelung greifen. Für diese Ausnahme gilt ein Sonderkündigungsrecht zur Vermeidung sozialer Härten. Das teilnehmende Mitglied hat dazu einen schriftlichen Antrag bei der SECURVITA BKK zu stellen. Keine wirtschaftliche Notlage entsteht allein durch z. B. eine chronische Erkrankung.

5. Mitgliedschaftsbindung

Mitglieder, die am Wahltarif der SECURVITA BKK teilnehmen, binden sich während der Tarifteilnahme mit ihrer Mitgliedschaft an die SECURVITA BKK.

Die Mindestbindung der Mitgliedschaft beträgt drei Jahre. § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V gilt.

Für den Fall, dass die Mitgliedschaft bei der SECURVITA BKK innerhalb des Bindungszeitraumes kraft Gesetzes endet, endet zugleich auch die Teilnahme des Mitglieds am Wahltarif, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

6. Prämie und Selbstbehalt

Die Prämie und der Selbstbehalt sind gestaffelt in Abhängigkeit von der Höhe der jährlichen durch das Mitglied getragenen Beiträge, vorbehaltlich der gesetzlichen Höchstgrenzen nach § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V, wählbar.

Tarif-stufe	Prämie	Selbstbehalt	jährliche Beiträge von bis
1	150 Euro	250 Euro	750,00 Euro bis 2.999,99 Euro
2	250 Euro	450 Euro	3.000,00 Euro bis 4.499,99 Euro
3	350 Euro	650 Euro	ab 4.500,00 Euro bis offen

Für die Wahl der Tarifstufe ist grundsätzlich die Situation (Beiträge aus dem Vorjahr bzw. den letzten 12 Monaten) vor dem beabsichtigten Beginn der Tarifteilnahme entscheidend. Als Beitrag ist dabei die Summe der Beiträge des Mitglieds abzüglich von dritter Seite zu zahlender Zuschüsse (z.B. AG Zuschuss) zu verstehen.
Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich.

Für die Teilnahme wird dem Mitglied eine Prämie gewährt. Die Zahlung der Prämie erfolgt jeweils nachträglich nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres in Höhe von jeweils der Hälfte des jährlichen Prämienbetrags.

Bei unterjährigem Beginn der Teilnahme werden Prämie und Selbstbehalt anteilig berechnet: Je angefangenen Kalendermonat der Teilnahme werden für die Prämie und für den Selbstbehalt ein Zwölftel des Jahresbetrages angesetzt. Bei dem Sonderkündigungsrecht (z. B. aufgrund wirtschaftlicher Notlage) wird analog verfahren.

Kalendermonate, in denen der Tarif ganz oder teilweise nicht gilt oder eine Mitgliedschaft nicht besteht, bleiben bei der Berechnung der Prämie unberücksichtigt.

Die Prämie ist begrenzt auf die Höhe des im entsprechenden Zeitraum vom Mitglied zu tragenden Krankenversicherungsbeitrages unter Berücksichtigung der gesetzlichen Höchstgrenzen nach § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V.

7. Abrechnung Selbstbehalt

   Die SECURVITA BKK hat gegenüber dem Mitglied Anspruch auf Erstattung der dem Selbstbehalt unterstellten Leistungen während der Laufzeit des Tarifes. Der Anspruch ist auf die Höhe des Selbstbehaltes beschränkt.

8. Selbstbehaltswirksame Leistungen

   Folgende Leistungen werden für das Mitglied dem Selbstbehalt unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 24d - 24h SGB V handelt:

   a. Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V (§ 13 Abs. 2 der Satzung)
   b. Vorsorgekuren nach §§ 23 Abs. 2, 24 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 1 der Satzung)
   c. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 3 der Satzung)
   d. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (§ 13 Abs. 3, § 13 Abs. 5 der Satzung)
   e. Heilmittel nach § 32 und § 11 Abs. 6 i.V.m. § 32 SGB V (§ 13 Abs. 3 und § 18a Abs. 2 bis 4 und 8b der Satzung)
   f. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nach § 11 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V (§ 18a Abs. 6 der Satzung)
   g. Leistungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V mit Ausnahme von Verträgen der zahnärztlichen Versorgung und Zahnersatz sowie Verträgen im Bereich der Vorsorge und Prävention (§ 13d der Satzung)

   Leistungen werden grundsätzlich mit den der SECURVITA BKK tatsächlich entstandenen Aufwendungen berücksichtigt

9. Änderungen der Tarifbedingungen

   Die SECURVITA BKK kann die Teilnahmebedingungen mit Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde ändern oder ergänzen. Die SECURVITA BKK wird von diesem Recht insbesondere Gebrauch machen bei Änderungen von Gesetzen, Verordnungen oder wenn die Wirtschaftlichkeit des Wahltarifes ohne Änderung gefährdet würde. Für den Fall der einseitigen Änderung oder Ergänzung der Teilnahmebedingungen durch die SECURVITA BKK kann das Mitglied innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe die Teilnahme am Tarif mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll.

Anlage zu § 13g Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die SECURVITA BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

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

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

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche oder elektronische Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der SECURVITA BKK.

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

Obliegenheiten der Teilnehmer

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

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

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

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt, für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld

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

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

Wahltarifkrankengeld

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

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

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

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

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

Anspruch

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

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

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

    1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

    2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

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

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

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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderungsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der SECURVITA BKK

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

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Abs. 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Abs. 21 keine Anwendung.

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

Zahlung

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

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

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

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

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

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der SECURVITA BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die SECURVITA BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der SECURVITA BKK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der SECURVITA BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

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

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

Anlage zu § 16 der Satzung

Ausführungsbestimmungen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

1. Allgemein

Versicherte der SECURVITA BKK, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben als Teilnehmer im Bonusprogramm Healthmiles Anspruch auf einen Bonus.

Im Bonusprogramm bestimmt sich der Programmumfang nach dem Lebensalter der Versicherten. Folgende Programme stehen zur Verfügung:

> Healthmiles U18 - für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
> Healthmiles Erwachsene - für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres

Mit Erreichen des 18. Lebensjahres erfolgt der automatische Übergang von Healthmiles U18 in Healthmiles Erwachsene.

In jedem Programm kann mit gesundheitsbewusstem Verhalten ein Bonus erworben werden. Voraussetzung dafür ist der Nachweis des gesundheitsbewussten Verhaltens.

2. Verfahren

Das Bonusprogramm Healthmiles gliedert sich in die Bereiche Präventiv, Aktiv und Babyvorsorge.

Mit der Anmeldung zum Bonusprogramm Healthmiles erhält jeder Teilnehmer ein eigenes Konto und ein Ticketheft für den Nachweis seiner gesundheitsförderlichen Aktivitäten.

Die Tickets aus dem Ticketheft dokumentieren die Aktivitäten/Maßnahmen und dienen als Nachweis. Aus den Tickets und Teilnahmebescheinigungen muss bei allen Maßnahmen hervorgehen: Name des Teilnehmers, Versicherungsnummer des Teilnehmers, Name und genaue Bezeichnung der Maßnahme, der Veranstalter und Dauer oder Wert der Maßnahme. Mit dem Ticket wird die Aktivität bescheinigt und bei der SECURVITA BKK eingereicht. Eine Kopie der Teilnahmebescheinigung bzw. Urkunde der Maßnahme bzw. Aktivität wird ebenfalls akzeptiert. Tickets und Teilnahmebescheinigungen sind bis maximal sechs Monate (Posteingang) nach Beendigung der Aktivität/Maßnahme einzureichen.

Aktivitäten, die mit der erstmaligen Anmeldung zum Bonusprogramm Healthmiles eingereicht werden und nicht länger als sechs Monate zurückliegen, werden unter der Voraussetzung berücksichtigt, dass die Aktivitäten während der Versicherung bei der SECURVITA BKK durchgeführt wurden; für den Bereich Babyvorsorge gilt die Regelung ab der erstmaligen Inanspruchnahme von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge.

Für Maßnahmen im Bereich Babyvorsorge beginnt die Einreichungsfrist von sechs Monaten mit dem Ablauf des 4. Lebensmonats des Kindes.

3. Bonus

Die bonusfähigen Aktivitäten und die Höhe der Boni können im Maßnahmenkatalog als Bestandteil der Satzung sowie unter www.healthmiles.de eingesehen werden.

3.1 Präventiv

Teilnehmer, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V, Schutzimpfungen nach § § 20i Abs. 1 und 2 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Nr. 3 SGB V sowie §§14 und 18a der Satzung und der Zahnvorsorge nach den §§ 21, 22, 22a und 55 SGB V durchgeführt haben (siehe Maßnahmenkatalog - I Präventiv), haben Anspruch auf einen Geldbonus. Dieser wird nach jeder akzeptierten Aktivität/Maßnahme gewährt.

3.2 Aktiv

Teilnehmer, die regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen haben oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilgenommen haben (siehe Maßnahmenkatalog - II Aktiv), erhalten für die Teilnahme an Aktivitäten/Maßnahmen Bonuspunkte gutgeschrieben. Die Teilnehmer können die Bonuspunkte in einen Geld- oder Sachbonus sowie einen Leistungsbonus als erhöhten Zuschuss für Maßnahmen aus der Übersicht der erstattungsfähigen Leistungen (Punkt 6) einlösen.

Für Teilnehmer vor Vollendung des 18. Lebensjahres besteht erstmalig der Anspruch auf Einlösung in Bonuspunkte ab einer Mindestpunktzahl von 200 Bonuspunkten; für erwachsene Teilnehmer ist eine Mindestpunktzahl von 300 Bonuspunkten erforderlich.

500 Bonuspunkte entsprechen einem Wert von 100 Euro (5:1).

Bonuseinlösung

Die Bonuspunkte richten sich nach den absolvierten Maßnahmen und dem Lebensalter der Teilnehmer und können mehrmals im Jahr eingelöst werden.

Familien-Geldbonus

Eltern und ihre Kinder als Teilnehmer im Bonusprogramm können gemeinsam Bonuspunkte sammeln und in einen Familien-Geldbonus umwandeln. Der einzulösende Anteil je Kind darf dabei den Anteil je Elternteil nicht überschreiten. Der Anteil je Kind beträgt dabei mindestens 200 Bonuspunkte (Mindestpunktzahl), je Elternteil 300 Bonuspunkte (Mindestpunktzahl). Es handelt sich um eine Variante zur Auszahlung/Umwandlung bereits erworbener Punkte. Der Familien-Geldbonus wird auf das Bankkonto eines Elternteils überwiesen.

Übersicht Familien-Geldbonus:

Bonuspunkte	**500**	**1.500**	**3.000**
Anteil U18	200	600	1.200
Anteil Erwachsene	300	900	1.800
Bonus in Euro	**100 €**	**300 €**	**600 €**

Gültigkeit der Bonuspunkte

Um höherwertige Boni zu erhalten, behalten die Bonuspunkte nach Gutschriftdatum im Bonuskonto maximal bis zu vier Jahre ihre Gültigkeit. Voraussetzung dafür ist, dass der Teilnehmer regelmäßig aktiv und das Konto nicht länger als 24 Monate ohne Bonuspunktegutschrift ist.

Wenn über einen Zeitraum von 24 Monaten keine Bonuspunkte erworben werden, verfallen alle bis dahin erworbenen Bonuspunkte.

3.3 Babyvorsorge

Teilnehmer, die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge nach § 24d SGB V oder Leistungen zur Früherkennung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach § 26 SGB V i.V.m. den § 92 Abs. 1 Nr. 3 SGB V (U1 bis U4) in Anspruch genommen haben, haben Anspruch auf einen Geldbonus (siehe Maßnahmenkatalog – III Babyvorsorge). Der Geldbonus wird nach jeder akzeptierten Maßnahme gewährt; die Auszahlung kann auch gesammelt erfolgen.

4. Beendigung Bonusprogramm

Die SECURVITA BKK behält sich die Beendigung des Bonusprogramms Healthmiles vor. Dies gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung des Bonusprogramms durch die Aufsichtsbehörde der SECURVITA BKK. Die bis zum Ende des Bonusprogramms durchgeführten Aktivitäten/Maßnahmen sind innerhalb von drei Monaten (Posteingang) nach Beendigung des Bonusprogramms einzureichen. Die Bonuseinlösung ist bis spätestens drei Monate nach Beendigung des Bonusprogramms möglich.

5. Rückforderung von Boni

Die SECURVITA BKK ist berechtigt, den handelsüblichen Warenwert bzw. Geldwert für erhaltene Bonusauszahlungen zurückzufordern, die auf nachweislich falschen Dokumenten und Annahmen beruhen.

6. Leistungsbonus – Aktiv

Teilnehmer können einmal im Jahr 500 Bonuspunkte mit dem doppelten Wert als Leistungsbonus (Punkt 3.2) mit dem entsprechenden Antrag in Anspruch nehmen. Der Antrag ist bis zum 30.06. des Folgejahres für das vorhergehende Kalenderjahr einzureichen, maßgeblich ist der Posteingang. Der Leistungsbonus wird den Teilnehmern als Zuschuss für selbst genutzte Gesundheitsleistungen gezahlt, die in der nachfolgenden Übersicht aufgeführt sind. Der Anspruch auf Auszahlung des Zuschusses entsteht durch die gleichzeitige Wahl des Leistungsbonus (Antrag) und Vorlage der Nachweise bzw. Rechnungen. Bei Kosten unterhalb der Höhe des Leistungsbonus werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet. Wird der Leistungsbonus bei der Einreichung des Antrags und der dazugehörigen Nachweise nicht vollständig aufgebraucht, besteht kein weiterer Anspruch auf den Restbetrag. Das Ausstellungsdatum der Rechnung darf zum Zeitpunkt der Beantragung nicht mehr als 12 Monate zurückliegen. Dies gilt jedoch nur, sofern die SECURVITA BKK oder ein anderer Leistungsträger nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft wurde.

Übersicht erstattungsfähige Leistungen

- Akupunktur
- Eltern-Baby-Kurse PEKiP, DELFI®, ElBa
- Erste-Hilfe-Kurse
- Stillberatung durch zertifizierte Stillberaterinnen
- Zahnfüllungen als erweiterte zahnmedizinische Leistungen
- Technische Geräte zur Messung von Fitness und Gesundheit (wie Smartwatch, Wearables, Blutdruck messer)
- Sehhilfen (Brille, Kontaktlinse)
- Sehtest
- Start- und Teilnahmegebühren für Sportveranstaltungen
- Sport- und Gesundheitsapps
- Unterbringung im Familienzimmer während Krankenhausbehandlung
- Zusatzkrankenversicherung (wie Zahnzusatzversicherung)

Nicht ausdrücklich genannte Leistungen sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Maßnahmenkatalog

I - Präventiv
Maßnahmenkatalog nach §§ 20i Abs. 1 und 2 und §§ 21, 22, 22a und 55 SGB V und §§ 25 und 26 SGB V i.V.m. den Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung sowie § 14 der Satzung der SECURVITA BKK

Maßnahme	Geldbonus (in Euro)	Auszahlung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Schutzimpfungen § 20i Abs. 1 SGB V	*10*	1 x	Inanspruchnahme aller im ersten Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen gemäß der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses Nachweis mit dem entsprechenden Ticket
Kindervorsorge-untersuchung U5 bis U11	10	1 x je Unter-suchung	Ärztlicher Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Jugendgesundheits-untersuchung J1-J2	10	1 x je Unter-suchung	Ärztlicher Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Zahnkontrolle	10	1 x pro Halbjahr	Kontrolluntersuchung durch Zahnarzt Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Krebsfrüherkennungs-untersuchung	20	1 x je Unter-suchung	1. gemäß der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL) oder 2. zusätzlich nach § 18a der Satzung - Darmkrebsvorsorge: einmalig ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres; - Hautkrebsvorsorge: vor Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre. Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.

Maßnahme gilt für Healthmiles U18

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene und Healthmiles U18

I - Präventiv
Maßnahmenkatalog nach §§ 20i Abs. 1 und 2 und §§ 21, 22, 22a und 55 SGB V und §§ 25 und 26 SGB V i.V.m. den Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung sowie § 14 der Satzung der SECURVITA BKK

Maßnahme	Geldbonus (in Euro)	Auszahlung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Check-up - ärztliche Gesundheitsvorsorge-untersuchung zur Früherkennung	20	1 x	Gemäß der „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils aktuellen Fassung, ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle drei Jahre sowie vom 18. Lebensjahr bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig bzw. alle 36 Monate i.V.m.§ 18a der Satzung Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Zahnkontrolle	10	1 x	Kontrolluntersuchung durch Zahnarzt Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Professionelle Zahnreinigung	10	2 x	Professionelle Zahnreinigung Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Schutzimpfungen § 20i SGB V	10	1 x je Immuni-sierung	Schutzimpfungen nach § 20i i.V.m. der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses und § 14 der Satzung Schutzimpfungen mit einem Kombinationswirkstoff oder mehreren Impf-stoffdosen gelten als eine Immunisierung Die Immunisierung gilt mit der Verabreichung des jeweiligen Impfstoffes bzw. der vollständigen Gabe bei mehreren Impfstoffen als abgeschlossen. Nachweis mit dem entsprechenden Ticket
Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	10	1x je Unter-suchung	Untersuchung beim Arzt gemäß § 18a der Satzung Nachweis mit dem entsprechenden Ticket
Ultraschallscreening auf Bauchaorten-aneurysmen	10	1 x	Gemäß der „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils aktuellen Fassung Nachweis mit dem entsprechenden Ticket

Maßnahme gilt für Healthmiles U18

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene und Healthmiles U18

II - Aktiv
Maßnahmenkatalog nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens; § 18 der Satzung sowie dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes

Maßnahme	Bonus-punkte	Bepunktung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Maßnahme zur verhaltens-bezogenen Prävention bei dafür geeigneten Veranstaltern z.B. Fitnessstudios, VHS, Onlinekurse	100	12 x	Abgeschlossene Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote: Bei abgeschlossenen Maßnahmen: mindestens sechs Einheiten oder ein Wochenende: z.B. Herz-Kreislauf-Training, Walking, Nordic Walking, Wirbelsäulengymnastik, Cardiofitness, Aquafitness, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, Stressreduktion und -management, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Qigong, Tai-Chi, Yoga, Nia, Tanz. Damit die Qualitätsstandards des Bonusprogramms erfüllt werden, sollen die Maßnahmen zur Stärkung des Rückens, zur allgemeinen Stärkung der Muskulatur und zur Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems in Fitnessstudios und bei Sport-Vereinen / -Verbänden, die dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) angeschlossen sind, durchgeführt werden. Bei laufenden Maßnahmen außerhalb von Sportvereinen, die einem Verband des Deutschen Olympischen Sportbundes angehören, Fitnesscentern oder Betriebs- / Hochschulsport-Gruppen gelten je 12 Einheiten als eine gesundheitsfördernde Maßnahme. Sofern die aktive Mitgliedschaft in Sportvereinen, Fitnesscentern oder Betriebs- / Hochschulsport-Gruppen bepunktet worden ist, können nur noch Maßnahmen berücksichtigt werden, wenn diese außerhalb der aktiven Mitgliedschaft in Sportvereinen, Fitnesscentern oder Betriebs- / Hochschulsport-Gruppen stattfinden. Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.
Aktive Mitgliedschaft	100	1x im Halbjahr (max. 2 Anbieter)	Gutschrift 1 x pro Kalender-Halbjahr für die aktive Mitgliedschaft in allen Sportvereinen, die einem Verband des Deutschen Olympischen Sportbundes angehören, Fitnesscentern und beim Betriebs- / Hochschulsport. Beim Betriebssport handelt es sich nicht um eine Maßnahme nach § 20b SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung). Darin sind alle Aktivitäten abgegolten, die im regulären Vereinsleben, Fitnesscenter oder Betriebshochschulsport stattfinden. Darunter fallen Wettbewerbe, Veranstaltungen, Trainingsspiele, Kurse und Ähnliches. Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Blutdruckmessung im Normbereich	50	2 x	Bestätigung durch Apotheken oder Ärzte, dass der Blutdruckwert im Normbereich liegt oder sich innerhalb eines Jahres dem Normbereich um 10 Prozent angenähert hat. Nachweis mit dem entsprechenden Ticket; Bei Nachweis der Annäherung des Wertes: Vorlage des alten Wertes oder bestätigten Tickets.
Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich	50	1 x	Bepunktung für Erwachsene: sofern der BMI a) im altersentsprechenden Normalwert-Bereich liegt oder b) er sich innerhalb eines Jahres dem altersentsprechenden Normalwert-Bereich um zwei Zähler vor dem Komma genähert hat. Bei Nachweis der Annäherung des Wertes: Vorlage des durch den Arzt bestätigten alten Wertes. Bestätigung durch Apotheken oder Ärzte; Nachweis mit dem entsprechenden Ticket. Bepunktung für U18: Bestätigung des Normalgewichtes bei Kindern und Jugendlichen durch Arzt auf dem entsprechenden Ticket. Berechnungsformeln und weitere Hinweise finden Sie im Internet u.a. bei www.bmi-rechner.biz.
Erwerb Deutsches Sportabzeichen / Schwimmabzeichen	100	1 x je Abzeichen	Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.
Erwerb Deutsches Wanderabzeichen	100	1 x	Mindestanzahl Kilometer pro Jahr: bis zum 12. Lebensjahr = 100 km, 13-17 Jahre = 150 km und ab 18 Jahren = 200 km; für die Vergabe werden die in einem Kalenderjahr zurückgelegten Kilometer berücksichtigt (weitere Informationen unter www.wanderverband.de); Nachweis mit Kopie der Urkunde.

Maßnahme gilt für Healthmiles U18

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene und Healthmiles U18

II - Aktiv

Maßnahmenkatalog nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens; § 18 der Satzung sowie dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes

Maßnahme	Bonus-punkte	Bepunktung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Triathlon / Straßenlauf und Langstreckenlauf	100	5 x	Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte. Bepunktung bei Zieleinlauf; Maßnahme erst ab einem Lebensalter von 8 Jahren anrechenbar; Triathlon -Streckenlängen: 8-9 Jahre = 0,1 km Schwimmen, 2,5 km Radfahren, 0,4 km Laufen / 10-11 Jahre = 0,2 km Schwimmen, 5 km Radfahren, 1 km Laufen / 12-15 Jahre = 0,4 km Schwimmen, 10 km Radfahren, 2,5 km Laufen / 16-17 Jahre = 0,75 km Schwimmen, 20 km Radfahren, 5 km Laufen (weitere Informationen unter www.dtu-info.de); Straßen und Langstreckenlauf: Streckenlängen: 8-9 Jahre = 2 bis 4,2 km / 10-11 Jahre = 4,2 bis 5 km / 12-13 Jahre = 5 bis 10 km/ 14-15 Jahre = 5 bis 15 km / ab 16 Jahren = 7,5 bis 25 km, im Kinder- und Jugendbereich alternativ Erwerb des DLF-Laufabzeichens Stufe 1-5 (Bedingungen unter www. leichtathletik.de); Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket. Sportliche Aktivitäten (außerhalb von Vereinsmitgliedschaften), die für Turniere, Wettkämpfe, abgeschlossene Veranstaltungen und Ähnliches eingereicht werden, gelten als Gesamtleistungsnachweis und werden pro Veranstaltung nur einmal berücksichtigt, ebenso Aktivitäten, die sich aus mehreren Disziplinen (z.B. Laufen-Schwimmen-Radfahren beim Triathlon) zusammensetzen. Aktivitäten aus dem Leistungssport und private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können nicht bepunktet werden.
Sportveran-staltung / -wettbewerb / organisierte Radfahrt	50	10 x	Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte. Bepunktung bei Zieleinlauf; Inlineskating, Schwimmen, Walking, Nordic Walking, Wandern, Bei organisierter Radfahrt: Mindestens 10 km Länge; Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket. Sportliche Aktivitäten (außerhalb von Vereinsmitgliedschaften), die für Turniere, Wettkämpfe, abgeschlossene Veranstaltungen und Ähnliches eingereicht werden, gelten als Gesamtleistungsnachweis und werden pro Veranstaltung nur einmal berücksichtigt, ebenso Aktivitäten, die sich aus mehreren Disziplinen (z.B. Laufen-Schwimmen-Radfahren beim Triathlon) zusammensetzen. Aktivitäten aus dem Leistungssport und private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können nicht bepunktet werden. Sofern bereits im gleichen Verein eine aktive Mitgliedschaft berücksichtigt wurde, kann die einzelne Maßnahme nicht bepunktet werden.
Marathon / Halbmarathon / Radrennen oder Radmarathon	100	4 x	Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte Bepunktung bei Zieleinlauf; Radrennen mindestens 100 km Länge; Radmarathon mind. 200 km Länge Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket. Sportliche Aktivitäten (außerhalb von Vereinsmitgliedschaften), die für Turniere, Wettkämpfe, abgeschlossene Veranstaltungen und Ähnliches eingereicht werden, gelten als Gesamtleistungsnachweis und werden pro Veranstaltung nur einmal berücksichtigt, ebenso Aktivitäten, die sich aus mehreren Disziplinen (z.B. Laufen-Schwimmen-Radfahren beim Triathlon) zusammensetzen. Aktivitäten aus dem Leistungssport und private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können nicht bepunktet werden.

Maßnahme gilt für Healthmiles U18

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene und Healthmiles U18

II - Aktiv
Maßnahmenkatalog nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens; § 18 der Satzung sowie dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes

Maßnahme	Bonus-punkte	Be-punktung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Duathlon/ Aquathlon	100	4 x	Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte Bepunktung bei Zieleinlauf; Maßnahme erst ab einem Lebensalter von 8 Jahren anrechenbar; Duathlon-Streckenlängen: 8-9 Jahre = 2,5 km Radfahren, 0,4 km Laufen / 10-11 Jahre = 5 km Radfahren, 1 km Laufen / 12-15 Jahre = 10 km Radfahren, 5 km Laufen / 16-17 Jahre = 20 km Radfahren, 5 km Laufen (weitere Informationen unter www.dtu-info.de); Aquathlon -Streckenlängen: 6-7 Jahre = 0,05 km Schwimmen, 0,2 km Laufen / 8-9 Jahre = 0,1 km Schwimmen, 0,4 km Laufen / 10-11 Jahre = 0,2 km Schwimmen, 1 km Laufen / 12-15 Jahre = 0,4 km Schwimmen, 5 km Laufen / 16-17 Jahre = 0,75 km Schwimmen, 5 km Laufen (weitere Informationen unter www.dtu-info.de); Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.
Aktive Schulsportver-anstaltung	50	unbegrenzt	Teilnahme an Veranstaltungen außerhalb des regulären Schulunterrichts (nicht verpflichtende Veranstaltung); Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket. Es handelt sich um Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote.
Erwerb Frühschwimm-abzeichen „Seepferdchen“ Vielseitigkeits-abzeichen „Seehund Trixi“	100	1 x je Abzeichen	Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung/ -urkunde oder dem entsprechenden Ticket.
Eltern-Kind-Maßnahme	100	2 x	Bepunktung von abgeschlossenen Bewegungsangeboten. Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.
(Baby)-Schwimm-kurs	100	1 x	Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.
Rückbildungs-gymnastik	100	1 x	Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.
Babyschwimmen	100	1x	Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Ticket.

III - Babyvorsorge
Maßnahmenkatalog nach § 24d SGB V und § 26 SGB V i.V.m. den Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung

Maßnahme	Geldbonus (in Euro)	Auszahlung pro Schwangerschaft	Informationen zu den Maßnahmen
Mutterschafts-vorsorge	100	1	vollständig ausgefüllter Mutterpass mit Teilnahme an allen vorgesehenen Untersuchungen ab Feststellung der Schwangerschaft.
Kindervorsorge-untersuchung U1 und U2	50	1	Ärztlicher Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.
Kindervorsorge-untersuchung U3 und U4	50	1	Ärztlicher Nachweis mit dem entsprechenden Ticket.

Maßnahme gilt für Healthmiles U18

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene

Maßnahme gilt für Healthmiles Erwachsene und Healthmiles U18