
Satzung

der

Schwenninger BKK

Übersicht zur Satzung

Inhalt der Satzung

- § 1 **Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**
- § 2 **Verwaltungsrat**
- § 2 a **Stimmrecht der Arbeitgeber bei Sozialversicherungswahlen**
- § 3 **Vorstand**
- § 4 **Widerspruchsausschuss**
- § 4 a **Versichertenälteste**
- § 5 **Kreis der versicherten Personen**
- § 6 **Kündigung der Mitgliedschaft**
- § 7 **Aufbringung der Mittel**
- § 8 **Bemessung der Beiträge**
- § 8 a **Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beträge**
- § 9 **Beitragssätze**
- § 10 **Fälligkeit der Beiträge**
- § 10 a **Erhebung von Mahngebühren und Berechnung von Säumniszuschläge**
- § 11 **Höhe der Rücklage**
- § 12 **Leistungen**
- § 12 a **Primärprävention**
- § 12 b **Schutzimpfungen**
- § 12 c **Leistungsausschluss**
- § 13 **Medizinische Vorsorgeleistungen**
- § 13 a **z. Zt. nicht belegt**
- § 13 b **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**
- § 13 c **Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung**
- § 13 d **Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**
- § 13 e **Wahltarif integrierte Versorgung**
- § 13 f **Wahltarif Prämienzahlung**
- § 13 g **Wahltarif Selbstbehalt**
- § 13 h **Wahltarife Krankentagegeld**
- § 13 i **Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**
- § 13 j **Wahltarif besondere ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung**
- § 14 **z. Zt. nicht belegt**
- § 15 **Kooperation mit der PKV**
- § 16 **Aufsicht**
- § 17 **Mitgliedschaft zum Landesverband**

§ 18 Bekanntmachungen

§ 19 Ausgleichsverfahren nach dem 2. Abschnitt des Lohnfortzahlungsgesetzes (LFZG)

Satzungsanhang : Anhang zu § 19 der Satzung der Schwenninger BKK

Satzungsanlagen: Anlage zu § 1 der Satzung der Schwenninger BKK
Anlage zu § 2 der Satzung der Schwenninger BKK
Anlage zu § 12 b der Satzung der Schwenninger BKK
Anlage zu § 13 b der Satzung der Schwenninger BKK
Anlage zu § 13 d der Satzung der Schwenninger BKK
Anlage zu § 13 h der Satzung der Schwenninger BKK

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Schwenninger Betriebskrankenkasse sowie die Kurzbezeichnungen „Die Schwenninger“ und „Die Schwenninger Krankenkasse“.

Sie ist am 17. Juni 1896 errichtet worden.

Die Schwenninger BKK hat ihren Sitz in **78056 Villingen-Schwenningen**.

- II. Der Bereich der Schwenninger BKK erstreckt sich auf die Betriebe der in der Anlage zu § 1 der Satzung aufgeführten Satzungsunternehmen.

Die Schwenninger BKK erstreckt sich auch auf alle Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1 SGB V der Bundesrepublik Deutschland.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 13. Satzungsantrag - § 1 - mit Schreiben vom 21.12.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 2 Verwaltungsrat

- I.

1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. Juli des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 11 Versichertenvertreter und 11 Arbeitgebervertreter an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

1. Alle Entscheidungen zu treffen, die für die Schwenninger BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind.
2. Den Haushaltsplan festzustellen.
3. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen.
4. Den Vorstand sowie aus seiner Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln.
5. Den Vorstand zu überwachen.
6. Die Schwenninger BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten.
7. Über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.
8. Die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.
9. Für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVH V 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.

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gem. § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. 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.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 2 a Stimmrecht der Arbeitgeber bei Sozialversicherungswahlen

Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat bei

0	bis	30	Versicherten	soviel Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der Schwenninger BKK versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen, jedoch maximal 10 Stimmen,
31	bis	60	Versicherten	20 Stimmen,
61	bis	100	Versicherten	30 Stimmen,
101	bis	200	Versicherten	40 Stimmen,
201	bis	300	Versicherten	50 Stimmen und

je weiteren

1	bis	100	Versicherten	6 weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von achtzig Stimmen.
---	-----	-----	--------------	---

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Schwenninger BKK gehören 2 Mitglieder an.
- II. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Schwenninger BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Schwenninger BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die Schwenninger BKK alleine zu vertreten.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. Dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten.
2. Dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten.
3. Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.
4. Den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten.
5. Jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
6. Die Schwenninger BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
7. Eine Kassenordnung aufzustellen.

-
8. Die Beiträge einzuziehen.
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Schwenninger BKK abzuschließen.
 10. Die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Schwenninger BKK wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in 78056 Villingen-Schwenningen.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Schwenninger BKK.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Schwenninger BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widersprachausschusses beratend teil.
- II. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die, vom Widersprachausschuss aufgestellte, Geschäftsordnung.
- III. Der Widersprachausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstellen nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1, zweiter Halbsatz OWiG, wahr.

§ 4a Versichertenälteste

- I. Zur Sicherstellung eines Mitgliederwachstums, der Betreuung der Versicherten vor Ort in den Dienststellen und Betrieben sowie der Betreuung der Arbeitgeber werden Versichertenälteste im erforderlichen Umfang auf Vorschlag der in § 48 Abs. 1 SGB IV genannten Organisationen und von Versichertengruppen vom Verwaltungsrat bestellt.
- II. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- III. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Schwenninger BKK mit den Versicherten und den Arbeitgebern herzustellen sowie diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu das Nähere regelt eine Richtlinie des Verwaltungsrates.
- IV. Die Entschädigung der Versichertenältesten richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Versicherungspflichtige Mitglieder:

Der Kreis, der bei der Schwenninger BKK versicherten Personen, ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte. Als Beschäftigte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.
2. Leistungsempfänger nach dem SGB III nach dessen näherer Bestimmung.
3. Leistungsempfänger nach dem SGB II nach dessen näherer Bestimmung.
4. Selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes.
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht.
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind.
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung.

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte. Auszubildende des zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt.
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach §10 SGB V Versicherte waren.
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01.01.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 01.01.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 03.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01.01.1985 der 01.01.1992 maßgebend.
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat versichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 01.04.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag.

II. Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen,

wenn

1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte bei der Schwenninger BKK versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Schwenninger BKK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Schwenninger BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach §§ 13 f, 13 g oder 13 h gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Schwenninger BKK nur unter den Voraussetzungen der §§ 13 f Absatz VII, 13 g Absatz IV oder 13 h Absätze II und III gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

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

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge

auf Antrag

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

§ 9 Beitragssätze

Die Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) werden nach den gesetzlich festgelegten Vorhundertssätzen der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 241 und 243 SGB V) bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung berechnet.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 20. Satzungsnachtrag - § 9 - mit Schreiben vom 03.08.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge mit Ausnahme 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.

- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10 a Erhebung von Mahngebühren und Berechnung von Säumniszuschlägen

- I. Die Mahngebühr wird nach den Vorschriften des § 19 Abs. 2 VwVG berechnet.
- II. Für die Berechnung der Säumniszuschläge gelten die Bestimmungen des § 24 SGB IV.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 24. Satzungsnachtrag - § 11 - mit Schreiben vom 27.12.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 12 Leistungen

- I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Schwenninger BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen.

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.

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

- II. Haushaltshilfe

Die Schwenninger BKK gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn

- a. der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt.
- b. und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt.

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 Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet. Die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

III. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und –vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

IV. Hospizbetreuung *(zur Zeit nicht belegt)*

V. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Schwenninger BKK vor Inanspruchnahme (schriftlich) in Kenntnis zu setzen. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Schwenninger BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Schwenninger BKK davon Kenntnis erhält.

Wurde ein Wahltarif nach § 13 g gewählt (Selbstbehalt), gilt die Kündigungsfrist des § 13 g Abs. V entsprechend.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Schwenninger BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR für (vom Arbeitgeber nicht getragene) Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10,0 v. H. mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für (vom Arbeitgeber nicht getragene) Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen

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

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen

Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes ist um 45 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie um 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels zu kürzen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 und Nr. 2 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Ziffer errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. § 12 Abs. V Nr. 4 und 6 gelten

(Das Bundesversicherungsamt hat den 15. Satzungsnachtrag - § 12 V - mit Schreiben vom 24.05.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 16. Satzungsnachtrag - § 12 VI - mit Schreiben vom 24.05.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 12 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Schwenninger Krankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem

- Setting-Ansatz
- individuellen Ansatz

mit folgenden Handlungsfeldern:

- ⇒ Bewegungsgewohnheiten:
Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- ⇒ Ernährung:
Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- oder Fehlernährung
Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- ⇒ Stressmanagement:
Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
- ⇒ Suchtmittelkonsum:
Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Schwenninger ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

Leistungen, die von der Krankenkasse 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 einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 250,-- EUR je Maßnahme gewährt.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 5. Satzungsantrag - § 12 a - mit Schreiben vom 18.05.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 22. Satzungsantrag - § 12 a - mit Schreiben vom 13.10.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 12 b Schutzimpfungen

1. Die Schwenninger BKK übernimmt Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder ein sonstiger anderer Kostenträger zuständig ist.
2. Ferner übernimmt die Schwenninger BKK neben den in § 20 d Abs. 1 SGB V vorgesehenen Schutzimpfungen die Kosten für weitere Schutzimpfungen, sofern diese aufgrund vertraglicher Regelungen mit den im 4. Kapitel des SGB B genannten Leistungserbringern durchgeführt werden können.
3. Die Versicherten erhalten, über den gesetzlichen Anspruch hinaus, ganz oder anteilig die Erstattung für Reiseschutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut sowie in den aktuellen Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes empfohlen sind und soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind. Die Einzelheiten der Erstattung sind in dem von der Schwenninger BKK zu führenden Verzeichnis der Schutzimpfungen zur Satzung als Satzungsleistung geregelt. Die Schwenninger BKK übernimmt Kosten für Schutzimpfungen darüber hinaus ganz oder teilweise, soweit diese in dem von der Schwenninger BKK zu führenden Verzeichnis der Schutzimpfungen zur Satzung als Satzungsleistung festgelegt sind und soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist.
Die Schwenninger BKK informiert die Versicherten darüber, welche Reiseschutzimpfungen und weiteren Schutzimpfungen übernommen werden und stellt bei Bedarf das Verzeichnis zur Verfügung.
4. Die Leistungen nach Absatz 2 und Absatz 3 werden grundsätzlich als Sachleistung erbracht. Sofern keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die Schwenninger BKK die Kosten der Schutzimpfung, soweit kein sonstiger anderer Kostenträger zuständig ist.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 6. Satzungsantrag - § 12 b - mit Schreiben vom 18.05.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 12. Satzungsantrag - § 12 b - mit Schreiben vom 10.11.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 12 c Leistungsausschluss

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

Leistungen in Anspruch nehmen.

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Schwenninger BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 7. Satzungsantrag - § 13 - mit Schreiben vom 18.05.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 25. Satzungsantrag - § 13 - mit Schreiben vom 23.12.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 a zur Zeit nicht belegt

(Das Bundesversicherungsamt hat den 14. Satzungsantrag - § 13 a - mit Schreiben vom 21.12.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Mitglieder, die bei der Schwenninger Krankenkasse versichert sind und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn das Mitglied und ihr familienversicherter Ehegatte, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, aus den Punkten 1 - 5 mindestens 4 einmal innerhalb eines Jahres nachweisen.
1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 3. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27.
 4. Der Versicherte weist die nach § 55 Abs. 1 SGB V vorgesehene Zahnvorsorge in den dem Antragsjahr vorangegangenen 5 Jahren lückenlos nach
 5. Der Versicherte hat die von der Schwenninger Krankenkasse nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der Bonus-Karte quittiert.

Anspruch auf einen Bonus können nur das Mitglied und sein familienversicherter Ehepartner/Lebenspartner erwerben.

Der Versicherte muss zum Zeitpunkt der Auszahlung bei der Schwenninger Krankenkasse versichert sein.

Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzung nach Abs. I gutgeschrieben, wenn bis zum 31. März des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bonus-Karten vollständig nachgewiesen wurden. Das Mitglied kann zwischen zwei Bonusvarianten entscheiden:

Bonusvariante 1:

Inanspruchnahme eines pauschalen Betrages in Höhe von 40 EUR je Kalenderjahr.

Bonusvariante 2:

Das Mitglied erhält als Bonus einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der Schwenninger Krankenkasse genannten Zusatzleistungen in Höhe von insgesamt bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr.

Der Bonus der Variante 2 erhöht sich um einen weiteren Zuschuss zu den Zusatzleistungen

1. auf bis zu 125 EUR, wenn der Versicherten jährlich erfolgreich die Prüfung zum Sportabzeichen des Deutschen Sportbundes ablegt
2. auf bis zu 150 EUR, wenn Punkt 1 (Sportabzeichen) nachgewiesen wird und der Versicherte gesunde Blutwerte nachweist.

Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

II. Mitglieder, deren Kinder bei der Schwenninger Krankenkasse familienversichert sind und die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn das Mitglied oder der familienversicherte Ehegatte, die Voraussetzungen unter I. erfüllen. Der Bonus erhöht sich, wenn jedes der mitversicherten Kinder, soweit es zur Inanspruchnahme berechtigt ist, aus den Punkten 1 - 5 mindestens 3 Punkte einmal innerhalb eines Jahres nachweisen:

1. Vollständige Inanspruchnahme der nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres.
2. Mindestens 1-jährige aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder die jährlich erfolgreich abgelegte Prüfung zum Sportabzeichen des Deutschen Sportbundes oder 1-jährige aktive Mitgliedschaft im Kinderturnen.
3. Der Body-Maß-Index liegt unterhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile, gemäß den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter.
4. Regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprohylaxe nach §§ 21, 22 SGB V) bzw. lückenlose Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V.
5. Vollständige Inanspruchnahme der von der Krankenkasse nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der Bonus-Karte quittiert.

Anspruch auf einen Bonus können nur das Mitglied, sein familienversicherter Ehepartner/Lebenspartner und seine familienversicherten Kinder erwerben.

Der Versicherte muss zum Zeitpunkt der Auszahlung bei der Schwenninger Krankenkasse versichert sein.

Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzung nach Abs. I und Abs. II für sich und seine familienversicherte Kinder gutgeschrieben, wenn bis zum 31. März des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bonus-Karten vollständig nachgewiesen wurden. Das Mitglied kann zwischen zwei Bonusvarianten entscheiden:

Bonusvariante 1:

Inanspruchnahme eines pauschalen Betrages in Höhe von 40 EUR je Kalenderjahr und zuzüglich jeweils 75 EUR für ein familienversichertes Kind.

Bonusvariante 2:

Das Mitglied erhält als Bonus einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der Schwenninger Krankenkasse genannten Zusatzleistungen in Höhe von insgesamt bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr und zuzüglich jeweils 75 EUR für ein familienversichertes Kind.

Der Bonus der Variante 2 erhöht sich um einen weiteren Zuschuss zu den Zusatzleistungen

1. auf bis zu 125 EUR, wenn der Versicherten jährlich erfolgreich die Prüfung zum Sportabzeichen des Deutschen Sportbundes ablegt
2. auf bis zu 150 EUR, wenn Punkt 1 (Sportabzeichen) nachgewiesen wird und der Versicherte gesunde Blutwerte nachweist.

Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

- III. Mitglieder und deren nach § 10 SGB V versicherte Kinder oder Ehegatten, die am Wahltarif Prämienzahlung (vgl. § 13 f und § 13 g) teilnehmen und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus analog § 13 b Abs. I und II, wobei vom Mitglied bzw. dem nach § 10 versicherten Kind oder Ehegatten nicht der in Abs. I bzw. Abs. II geforderte vollständige Nachweis zu erbringen ist, sondern lediglich 2 von 5 Punkten nachzuweisen sind.
- IV. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme des Bonus nach § 13 b Absatz I und II und nach § 13 b Abs. III ist ausgeschlossen.
- V. Die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigten Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und Studenten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V, die bei der Schwenninger Krankenkasse versichert sind erhalten, wenn sie eine mindestens 1-jährige aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio nachweisen, eine Prämie von 40,- EUR. Dieser Personenkreis erhält die Prämie als Vorschuss ausgezahlt. Weist der Versicherte diese Voraussetzung und weitere drei der in Abs. I Nr. 1-5 genannten Punkte nicht nach, wird der Betrag von der Schwenninger Krankenkasse zurück gefordert bzw. verrechnet.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 2. Satzungsantrag - § 13 b - mit Schreiben vom 19.02.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 9. Satzungsantrag - § 13 b - mit Schreiben vom 14.09.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 26. Satzungsantrag - § 13 b - mit Schreiben vom 23.12.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 c Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Versicherte können sich freiwillig für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V entscheiden. Die BKK führt ein Verzeichnis über die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Dieses enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie den Ort der Durchführung der Versorgung. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BKK stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen. Entsprechendes gilt für die gleichzeitige Teilnahme an einem Versorgungsvertrag nach den §§ 73 c oder 140 a ff. SGB V, der einen der hausarztzentrierten Versorgung vergleichbaren Versorgungsumfang umfasst. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die nach § 13 Absatz 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

- II. Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK. Die Teilnahme wird von der BKK gegenüber dem Versicherten schriftlich bestätigt

Die Teilnahme beginnt mit Wirkung für das auf das Datum der Abgabe der Teilnahmeerklärung folgende Abrechnungsquartal, wenn die Teilnahmeerklärung bis spätestens am 10. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der BKK bzw. der von der BKK beauftragten Stelle eingegangen ist, frühestens jedoch mit dem Tage, der im Bestätigungsschreiben der BKK genannt ist.

Dem Bestätigungsschreiben ist ein Informationsblatt über die sich aus der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherten beigelegt. Damit verbunden ist ein 14-tägiges Widerrufsrecht der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

- III. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich schriftlich gegenüber der BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73 b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die direkte Inanspruchnahme des Kinderarztes bleibt unberührt. Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen erfolgen in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt. Der gewählte Hausarzt ist in der Teilnahmeerklärung anzugeben.

- IV. Die Versicherten sind an die Verpflichtung nach Absatz III und an die Wahl ihres Hausarztes mindestens 12 Monate (Teilnahmejahr) gebunden. Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

Die Teilnahme kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der BKK gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.

- V. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz III, wird der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Ferner wird bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen sowie pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme

von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung werden dem Versicherten auferlegt.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 17. Satzungsantrag - § 13 c - mit Schreiben vom 24.05.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Schwenninger BKK führt im Rahmen von § 137 f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

- II. Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

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

ermäßigt die Schwenninger BKK im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Zuzahlung in Höhe von 40,00 EUR im Jahr.

Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13 e Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die Schwenninger BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140 a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Schwenninger BKK führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Schwenninger BKK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- III. Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Schwenninger BKK im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die

nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EU im Jahr und die Krankenhauszuzahlung nach § 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V in Höhe von 50 v. H.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13 f Wahltarif Prämienzahlung

I. Mitglieder, die im laufenden Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Schwenninger BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Schwenninger BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Schwenninger BKK vor Beginn des Zeitraumes erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen. Die unterjährige Wahl der Prämienzahlung ist nur jeweils mit der Wirkung ab Beginn eines Kalendermonats möglich.

II. Für die Prämienzahlung nach Absatz I ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§§ 20 und 20 d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Vorsorgeleistungen aus Anlass der Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 195 Abs. RVO.

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

III. Die Schwenninger BKK ermittelt, ob Leistungen in Anspruch genommen wurden, aus den ihr vorliegenden Abrechnungsdaten, soweit Kostenerstattung gewählt wurde, aus den Kostenerstattungsanträgen und zugehörigen Unterlagen. Berücksichtigt werden grundsätzlich nur Leistungen, die in dem betreffenden Kalenderjahr vom Mitglied oder seinen nach § 10 SGB V mitversicherten volljährigen Angehörigen tatsächlich beim Leistungserbringer bezogen wurden, wobei beim Krankengeld die Zeit der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich ist, für die Krankengeld gewährt wurde. Auf den Zeitpunkt der Abrechnung kommt es nicht an. Das gilt auch im Fall der Kostenerstattung. Die Schwenninger BKK kann als Voraussetzung für die Auszahlung der Prämienrückzahlung verlangen, dass das Mitglied schriftlich bestätigt, dass es selbst und seine nach § 10 SGB V versicherte Angehörigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Kalenderjahr während dieser Zeit keine Leistungen außer den nach Absatz II nicht zu berücksichtigenden Leistungen in Anspruch genommen haben. Wenn nach der Auszahlung der Prämie ein Kostenerstattungsantrag des Mitglieds oder eines nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat eingeht, ist die geleistete Prämie zurückzuzahlen. Bei einem Kostenerstattungsanspruch des Mitglieds darf die Kostenerstattung bis zur Höhe der gewährten Prämie gekürzt werden. Hatte das Mitglied schriftlich bestätigt, dass keine Leistungen in Anspruch genommen worden waren, erhöht sich die nach Satz 5 zu leistende Erstattung um eine Gebühr für den Verwaltungsaufwand in Höhe von 10 v. H. der Prämienzahlung.

- IV. Die jährliche Prämienzahlung ist einkommensabhängig. Diese beläuft sich bei nachfolgend aufgeführten, durchschnittlichen monatlichen Einkommen auf folgende Höhen:

Monatliches Einkommen	Prämienhöhe
- bis 1.000,00 EUR	keine
- 1.001,00 EUR bis 1.500,00 EUR	150,00 EUR
- 1.501,00 EUR bis 2.000,00 EUR	225,00 EUR
- 2.001,00 EUR bis 2.500,00 EUR	300,00 EUR
- 2.501,00 EUR bis 3.000,00 EUR	375,00 EUR
- 3.001,00 EUR bis 3.500,00 EUR	450,00 EUR
- über 3.500,00 EUR	525,00 EUR

Die Prämienhöhe darf 1/12 des im Kalenderjahr an die Schwenninger BKK gezahlten Jahresbeitrages nicht übersteigen. Bei veränderten Rahmenbedingungen erfolgt ggf. eine Anpassung der Prämien.

Zeiten innerhalb eines Kalenderjahres, während denen eine Mitgliedschaft bei der Schwenninger BKK nicht bestand oder die Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit nicht gewählt war, werden für die Feststellung der Leistungsfreiheit nicht berücksichtigt und die Prämienzahlung wird entsprechend nur anteilig gewährt. Dazu wird 1/12 der Prämienhöhe mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert. Grundlage für die Prämienhöhe, ist das durchschnittliche Monatseinkommen. Dieses berechnet sich aus dem während der Tarifbindung tatsächlich erzielten Einkommen, welches durch die Anzahl der Monate mit Tarifbindung dividiert wird. Diese Regelung gilt auch im Falle einer unterjährigen Tarifbeendigung.

Die Auszahlung der Prämie erfolgt nach abschließender Überprüfung der nach Absatz III für die Überprüfung der Leistungsfreiheit benötigten Abrechnungsdaten, spätestens aber zum Ende des Kalenderjahres, das dem leistungsfreien Kalenderjahr folgt. Die Prämienzahlung kann im Folgejahr auch vor Überprüfung erfolgen, wenn das Mitglied schriftlich bestätigt, dass es selbst und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Kalenderjahr während dieser Zeit keine Leistungen außer den nach Absatz II nicht zu berücksichtigenden Leistungen in Anspruch genommen haben. Sollte bei der anschließenden Prüfung festgestellt werden, dass keine Leistungsfreiheit für das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bestand, ist das Mitglied zur Prämienrückzahlung verpflichtet.

- V. Im ersten Jahr der Tarifteilnahme wird nach verbindlicher Wahl des Tarifs sowie Beginn des Tarifzeitraums, ein einmaliger Vorschuss auf die Prämienzahlung in Höhe von 100,- € gewährt. Werden zu berücksichtigende Leistungen durch den Tarifteilnehmer in Anspruch genommen, wird der erhaltene Vorschuss von der Schwenninger BKK zurück gefordert bzw. verrechnet. Eine Überprüfung der in Anspruch genommenen Leistungen erfolgt gemäß Abs. III.
- VI. Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 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 Beiträge, mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 EUR bei einem und 900,00 EUR bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- VII. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.

- VIII. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Schwenninger BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Schwenninger BKK. Die Wahl dieses Tarifs muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den er gelten soll. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Bindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Schwenninger BKK

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

(Das Bundesversicherungsamt hat den 3. Satzungsantrag - § 13 f - mit Schreiben vom 19.02.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 10. Satzungsantrag - § 13 f - mit Schreiben vom 14.09.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 18. Satzungsantrag - § 13 f - mit Schreiben vom 24.05.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 g Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder, die sich für den Wahltarif Prämienzahlung (vgl. § 13f) entschieden haben, können darüber hinaus für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Schwenninger BKK zu tragenden Kosten für sich und ihre familienversicherten Angehörigen übernehmen (Selbstbehalt).
- II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention (§§ 20 und 20 d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V,
 - Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V).
- Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Schwenninger BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämienhöhe ist abhängig von

dem gewählten Selbstbehalt, der nachfolgend aufgeführt ist:

Jährlicher Selbstbehalt	Prämie:
100,00 EUR	50,00 EUR
200,00 EUR	100,00 EUR
300,00 EUR	150,00 EUR

§ 13 f Absatz VII gilt. Die Zahlung der Prämie erfolgt im folgenden Kalenderjahr nach Prüfung der Voraussetzungen.

Die Wahl des Selbstbehalts ist an die Wahl des Tarifes Prämienzahlung gekoppelt und wirkt vom Beginn des Wahltarifes Prämienzahlung (vgl. § 13 f) an. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, wird der Selbstbehalt und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. § 13 f Absätze VI und VII gelten entsprechend.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 19. Satzungsnachtrag - § 13 g - mit Schreiben vom 24.05.2011 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 h Wahltarife Krankentagegeld

Die Schwenninger 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 und
- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.
Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage zu § 13 h, die Bestandteil dieser Satzung ist.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 1. Satzungsnachtrag - § 13 h - mit Schreiben vom 18.02.2010 II3-59155.0-2275/2009 genehmigt)

§ 13 i Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die Schwenninger BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben/ Dienststellen für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die einzelnen Bonusstufen werden nach Ablauf der Abwicklungsperiode ausgezahlt, d. h. 1 Bonusstufe pro Abwicklungsperiode, d.h. pro Kalenderjahr, wenn die Voraussetzungen pro Abwicklungsperiode der jeweiligen Bonusstufen erfüllt sind. Die Höhe des Bonus wird im Bonusvertrag geregelt.

-
- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1. und 2. sowie mindestens zwei weitere Punkte nachweist:
1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für BGF Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es existiert eine Betriebs-/Dienstvereinbarung zur BGF.
 3. Es besteht ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der Schwenninger BKK.
 4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 5. Das Unternehmen hat sich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 6. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
- III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
1. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der Schwenninger BKK.
 2. Das Unternehmen erhebt mindestens alle 2 Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 3. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mind. 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche/Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - d) Betriebliches Vorschlagswesen
- IV. Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:
1. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zugute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
 - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
 - c) Wirksame Nichtraucherschutzregelung
 - d) Ermöglichung von Check-Ups während der Arbeitszeit
 - e) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
 - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“

- h) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
 - i) Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.)
2. Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 3. Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 4. Alle Mitarbeiter erhalten die Möglichkeit, an qualitätsgesicherten gesundheitsförderlichen BGF-Maßnahmen teilzunehmen, wie z.B. eine Rückenschule.“

§ 13 j Wahltarif besondere ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung

- I. Die Schwenninger BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche und zahnärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73 c SGB V anbieten oder Kassensärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten und zahnärztlichen Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens sechs Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Schwenninger BKK schriftlich zu erklären.

§ 14 zur Zeit nicht belegt.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Schwenninger BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Schwenninger BKK führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Schwenninger BKK gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg in Kornwestheim als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Schwenninger Krankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Schwenninger Krankenkasse sowie im Internet unter www.Die-Schwenninger.de, nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

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

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

(Das Bundesversicherungsamt hat den 27. Satzungsantrag - § 18 - mit Schreiben vom 23.01.2012 I2-59155.0-2307/2009 genehmigt)

§ 19 Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der Schwenninger BKK hat diese Satzung am 28.09.2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt zum 01. Januar 2010 in Kraft.

Villingen-Schwenningen, den 28.09.2009

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates der Schwenninger BKK

(gez. Karl-Heinz Frank)

(gez. Jürgen Beetz)

Wächtersbach, den 30.09.2009

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates der BKK Ost-Hessen

(gez. Oliver Eichling)

*(gez. S. D. Wolfgang Ernst,
Fürst zu Ysenburg und Büdingen)*

Das Bundesversicherungsamt hat die Satzung mit Schreiben vom 16.12.2009 AZ: II 3 – 59155.0 – 2275/2009 genehmigt.

Anlage zu § 1 der Satzung der Schwenninger BKK

Satzungsunternehmen der Schwenninger BKK

Kienzle Uhrenfabriken GmbH, Villingen-Schwenningen

ISGUS J. Schlenker Grusen GmbH, Villingen-Schwenningen

ISGUS Informatik GmbH, Villingen-Schwenningen mit Außenstellen: ISGUS Vertriebszentrum Ost, Erfurt, ISGUS Vertriebszentrum Franken, Herzogenaurach

ISGUS Zeit- und Datenorganisation GmbH, Frankfurt

ISGUS bavaria zeittechnik GmbH, Wargau

ISGUS Zeitmanagement GmbH, Leonberg

Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung sowie dessen nachgeordneten Bereiche

Die Stadt Karlsruhe sowie deren nachgeordneten Bereiche und die ausgegliederten Betriebsteile der Stadt Karlsruhe, soweit diese bis zum 30.06.2004 satzungsmäßige Betriebe der Betriebskrankenkasse der Stadt Karlsruhe waren.

Der Landesbetrieb Mobilität Rheinland-Pfalz sowie dessen nachgeordneten Bereiche.

Die Großhandels-Hauptniederlassung der SPAR Handelsgesellschaft mbH und deren Niederlassungen und Betriebsstätten im gesamten Bundesgebiet.

Anlage zu § 2 der Satzung der Schwenninger BKK

Entschädigungsrichtlinien

- I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten re

regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 62,00 €.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen das 5-fache der Sitzungspauschale (nach Ziffer I. Nr. 3) für Zeitaufwand. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrages gezahlt.

Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

IV. Entschädigung der Versichertenältesten

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) Klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils gelten den Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Versichertenältesten werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Teilnahme an Informationsveranstaltungen der Schwenninger Krankenkasse

Die Versichertenältesten erhalten für die Teilnahme an Informationsveranstaltungen der Schwenninger Krankenkasse einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von insgesamt von 35,-- €.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 4. Satzungsantrag – Anlage zu § 2 der Satzung - mit Schreiben vom 05.03.2010 I13-59155.0-2307/2009 genehmigt.)

(Das Bundesversicherungsamt hat den 28. Satzungsantrag – Anlage zu § 2 der Satzung - mit Schreiben vom 23.01.2012 I2-59155.0-2307/2009 genehmigt)

Anlage zu § 12 b der Satzung der Schwenninger BKK

Verzeichnis der Schutzimpfungen

Erstattet werden die ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen zur Vorsorge im Inland sowie bei privat veranlassten Auslandsreisen.

Die Kosten dafür werden entweder direkt über die Versichertenkarte mit uns abgerechnet oder nach Vorlage der Privatrechnung in Höhe der vertragsärztlichen Kassensätze von uns erstattet.

Impfungen gegen folgende Krankheiten werden übernommen:

Inland:

Rotaviren
Gripeschutz
FSME
Tetanus
Tollwut

Ausland:

Cholera
FSME
Gelbfieber
Hepatitis A und B
Japanische Enzephalitis
Meningokokken-Meningitis
Tollwut
Poliomyelitis

Erstattet wird das ärztliche Honorar, maximal die Kosten für die vertraglich vereinbarten Kassensätze.

Der Impfstoff wird abzüglich der gesetzlichen Rabatte und abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung erstattet.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 12. Satzungenachtrag - § 12 b - mit Schreiben vom 10.11.2010 II 3 -59155.0-2275/209 genehmigt).

Anlage zu § 13 b der Satzung der Schwenninger BKK

Bonusstaffelung zu I.

⇒ Gesundheitscheck-up 35	5,00 EUR
⇒ Krebsvorsorge	5,00 EUR
⇒ Präventionskurs	15,00 EUR
⇒ Sportverein/Fitnessstudio	10,00 EUR
⇒ Nachweis Body-Maß-Index	10,00 EUR
⇒ Nachweis Zahnvorsorge	5,00 EUR
⇒ Nachweis Schutzimpfungen	5,00 EUR
⇒ Nachweis Sportabzeichen	25,00 EUR

Bonusstaffelung zu II.

⇒ Kinderuntersuchung	15,00 EUR
⇒ Sportverein	20,00 EUR
⇒ Nachweis 90. Perzentile	20,00 EUR
⇒ Nachweis Zahnvorsorge	15,00 EUR
⇒ Nachweis Schutzimpfung	15,00 EUR

Anlage zu § 13 d der Satzung der Schwenninger BKK

Die Schwenninger BKK bietet für die genannten DMP-Diagnosen in allen Bundesländern strukturierte Behandlungsprogramme an, welche alle vom BVA zugelassen und akkreditiert sind. Einzige Ausnahme bildet hierbei das Programm Diabetes mellitus Typ 1 im Saarland.

Anlage zu § 13 h der Satzung der Schwenninger BKK**I Teilnahme**

1. Die Schwenninger BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld als Entgeltersatz für Einnahmen i.S.d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Schwenninger BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Schwenninger BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.12.2009 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der Schwenninger BKK vollständig erklärt.

II Laufzeit/Bindungsfrist

4. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3 -jährige 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.

III Tarifende/Kündigung

5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der Schwenninger BKK.
6. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei we-

sentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämien-
höhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

IV Obliegenheiten der Teilnehmer

- 7. Die Mitglieder müssen die Schwenninger 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 Schwenninger BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Schwenninger BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
- 8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Schwenninger BKK nachzuweisen und die Schwenninger BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
- 9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

V Prämien

10. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten iSv § 53 Abs. 6 SGB V

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

11. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages

zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.

12. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
13. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
14. Die Schwenninger BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

VI Anspruch

15. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Schwenninger BKK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.
16. 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 (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
17. Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. 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 Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

(Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
18. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
19. Für Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden

Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.

20. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
21. Für den Anspruch auf Krankentagegeld ist 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 Schwenninger BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Schwenninger BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
22. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 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 Schwenninger BKK
23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
24. 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.
25. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

VII Zahlung

26. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
27. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Schwenninger 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 Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

VIII Dauer

28. Anspruch auf Krankentagegeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

IX Höhe

29. Die Höhe des Krankentagegeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Schwenninger 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 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Schwenninger BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
30. Die Schwenninger BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.

31. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Krankentagegelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.
32. Das Mitglied hat auf Verlangen der Schwenninger BKK sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Schwenninger BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Schwenninger BKK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/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 Schwenninger BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

X Wechsel

33. Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Krankentagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Schwenninger BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Schwenninger BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
34. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Schwenninger BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.

(Das Bundesversicherungsamt hat den 1. Satzungenachtrag - § 13 h - mit Schreiben vom 18.02.2010 II 3 - 59155.0-2275/209 genehmigt).