



Satzung

der

BKK24

Inhalt der Satzung

Artikel I

§ 1	Name, Sitz und Bereich der BKK24	3
§ 2	Verwaltungsrat	4
§ 3	Vorstand	6
§ 4	Widerspruchsausschuss	8
§ 5	Kreis der versicherten Personen	9
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 7	Aufbringung der Mittel	12
§ 8	Bemessung der Beiträge	13
§ 8a	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	14
§ 9	Fälligkeit der Beiträge	15
§ 9a	Erstattungen	16
§ 9b	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	17
§ 10	Höhe der Rücklage	18
§ 11	Leistungen	19
§ 11a	Schutzimpfungen	32
§ 11b	Primärprävention	33
§ 11c	Kooperation mit der PKV	34
§ 11d	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	35
§ 11e	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	37
§ 11f	Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	38
§ 11g	Persönliche elektronische Gesundheitsakte	39
§ 11h	Leistungsausschluss	40

Stand: 23.06.2021

Maßgeblich sind ggf. abweichendes gesetzliches oder sonstiges Recht.

§ 12 Medizinische Vorsorgeleistungen	41
§ 12a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	42
§ 12b Wahltarif besondere Versorgung	43
§ 12c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	44
§ 12d Wahltarif Krankengeld nach § 53 Abs.6 SGB V	45
§ 13 Aufsicht	49
§ 14 Mitgliedschaft zum Landesverband	50
§ 15 Bekanntmachungen	51
§ 16 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	52
Artikel II	
Inkrafttreten	52
Anlage zu § 2 der Satzung der BKK24	55
Anlage zu § 11 Absatz VII Nr. 12	57

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK24

- a) Die BKK24 ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK24

Sie ist errichtet worden am 01. Oktober 2017.

Die BKK24 hat ihren Sitz in Obernkirchen.

- b) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der in Anlage zu § 1 bezeichneten Firmen. Die Anlage zu § 1 ist Bestandteil der Satzung.

Der Bereich der BKK24 erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

I

1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK24 ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter jeweils zum 01.01. eines Jahres.¹

- II Dem Verwaltungsrat der BKK24 gehören als Mitglieder 14 Versichertenvertreter und 14 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

- III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK24 sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK24 maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK24 von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV 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.

4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der BKK24 mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,²

¹ Geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

² Geändert durch 15. Satzungsantrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 21.06.2021
Inkrafttreten am 03.02.2021

7. den Vorstand zu überwachen,
 8. die BKK24 gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat beschlossenen festen Pauschbeträgen und 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.

§ 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der BKK24 gehören zwei Mitglieder an.³
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III Der Vorstand verwaltet die BKK24 und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK24 maßgebendes Recht nicht Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand kann im Einzelfall bestimmen, dass einzelne Vorstandsmitglieder die BKK24 vertreten.³

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 BKK24 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 BKK24 abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

³ Geändert durch 15. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 21.06.2021
Inkrafttreten am 23.06.2021

- IV Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK24 und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich.⁴

- V Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK24 wird vom Vorstand eingestellt.

⁴ Geändert durch 15. Satzungsantrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 21.06.2021
Inkrafttreten am 23.06.2021

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird vier Widerspruchsausschüssen übertragen. Zwei Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Obernkirchen und zwei Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Alzey.
- II
1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK24.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall. Ist auch der Stellvertreter verhindert, erfolgt die Stellvertretung durch das adäquate Mitglied des anderen Widerspruchsausschusses; ist dieses verhindert, durch dessen Stellvertreter.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter wird von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 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 Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK24 sein kann.
 5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 6. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen, anwesend und stimmberechtigt sind.
 7. Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit der Stimmenmehrheit. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen.
- III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i.V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen ⁵

- I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV Die in Absatz I und II genannten Personen können die BKK24 unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn ⁶
1. sie zu dem in § 1 b) der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der BKK24 versichert ist,
 4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der BKK24 versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

⁵ Geändert durch 1. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.12.2017
Inkrafttreten am 08.12.2017

⁶ Ergänzt durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

V Familienversicherte ⁷

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

⁷ Ergänzt durch 2. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der BKK24 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 BKK24 nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK24 hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die BKK24 ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV Wenn ein Wahltarif nach § 12d gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK24 frühestens unter den Voraussetzungen der § 12d Absatz IV Satz 3 und 4, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK24 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 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK24 erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,0 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.⁸

⁸ Geändert durch 4. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.01.2019
Inkrafttreten am 01.02.2019

Stand: 23.06.2021

Maßgeblich sind ggf. abweichendes gesetzliches oder sonstiges Recht.

§ 9 Fälligkeit der Beiträge

I

1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
2. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

- II Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V)

§ 9a Erstattungen⁹

Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden einmal jährlich unbar vorgenommen.

⁹ Geändert durch 8. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2019
Inkrafttreten am 01.01.2020

§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)¹⁰

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK24, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

¹⁰ Geändert durch 8. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2019
Inkrafttreten am 01.01.2020

§ 10 Höhe der Rücklage

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

§ 11 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK24 erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.¹¹

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.

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Ansprüche nach dem SGB XI mit mindestens Pflegegrad 2 nicht bestehen für längstens eine Stunde je Pflegeeinsatz und höchstens 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht sowie eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf acht Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III Haushaltshilfe

1. Die BKK24 gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V genannten Fälle hinaus, Haushaltshilfe, wenn 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 zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder dass behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 78 Wochen gewährt.

¹¹ Geändert durch 10. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 29.10.2020
Inkrafttreten am 31.01.2020

2. Abweichend von Nr. 1 wird Haushaltshilfe außerdem für längstens 12 Monate für die Dauer von

- 8 Stunden pro Tag in der 1. bis 4. Woche,
- 6 Stunden pro Tag in der 5. bis 8. Woche und
- 4 Stunden pro Tag ab der 9. Woche gewährt,

wenn kein Kind im Haushalt lebt oder wenn ein Kind im Haushalt lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe bereits das zwölfte Lebensjahr vollendet hat.

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelt 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.

V Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK24 vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK24 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 hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK24 bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Bereiche 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 BKK24 davon Kenntnis erhält.

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

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50,00 EUR für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.¹²

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK24 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.

¹² Geändert durch 10. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 29.01.2020
Inkrafttreten am 11.05.2019

VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6¹³ SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der BKK²⁴ entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 11 Abs. V Nr. 3, 4 und 6 gelten.

¹³ Geändert durch 10. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 29.01.2020
Inkrafttreten am 31.01.2020

VII Zusätzliche Leistungen

Die BKK24 gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

1. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapie-richtungen (Homöopathie und Anthroposophie) ¹⁴

a) Die BKK24 erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie, sofern

- deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

b) Die BKK24 erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach a) in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal in Höhe von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

c) Zur Erstattung sind der BKK24 die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.¹⁵

d) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

e) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

2. Osteopathie ¹⁶

a) Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringer, insbesondere bei Neugeborenen berechnete(n) Vertragsärztin / Vertragsarzt oder zugelassene(n) Physiotherapeutin / Physiotherapeuten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnete (n) Ärztin / Arzt oder Physiotherapeutin / Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechnete wäre.

¹⁴ Geändert durch 3. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.07.2018
Inkrafttreten am 24.07.2018

¹⁵ Geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

¹⁶ Geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

- b) Die BKK24 übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen."

3. Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

- a) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK24 mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach b) getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- b) Die BKK24 trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

- c) Die BKK24 führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach § 11 Absatz VII Nr. 3b) getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.bkk24.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK24 den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- d) Für die veranlassten Leistungen gilt § 11 Abs. V Nr. 3 und 4 entsprechend.

4. Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

- a) Die BKK24 übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
- A. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - B. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - C. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - D. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK24 vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - E. die BKK24 hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

- b) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- c) Mit der Zustimmung nach a) Buchstabe E erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK24 sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

5. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

Die Krankenkasse beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Derartige Risikofaktoren sind:

- a. erhöhtes Körpergewicht
- b. erhöhter Blutdruck
- c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- d. Atemwegserkrankungen
- e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
- f. Diabetes
- g. Rauchen
- h. Alkoholmissbrauch.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erbracht wird. Entsprechend qualifizierte Ärzte können über die Arztsuche der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gefunden werden.

Die BKK24 erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Sätze 1 und 2 zusammen.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.¹⁷

¹⁷ Geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

6. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

a) Hebammenrufbereitschaft

Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus, erstattet die BKK24 für die von Hebammen durchgeführte 24-stündige Rufbereitschaft einer nach § 134a Abs. 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten freiberuflichen Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft die Kosten in Höhe von 100 %, max. jedoch 300,- Euro.

Zur Erstattung ist die Rechnung bei der BKK24 einzureichen.¹⁸

b) Künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V)

Die BKK24 gewährt über die Regelungen des § 27a SGB V hinaus für die ersten 3 Versuche einen zusätzlichen Kostenzuschuss von jeweils 300 EUR. Darüber hinaus gewährt die BKK24 einen weiteren Zuschuss von 300 EUR für einen 4. Versuch.

Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der BKK24 versichert sind.

c) Geburtsvorbereitung für werdende Väter/(Ehe-) Partner

Zur Vorbereitung auf die Geburt haben die Versicherten der BKK24 einen Anspruch auf einen Zuschuss für einen Geburtsvorbereitungskurs für den bei der BKK24 versicherten werdenden Vater/(Ehe-)Partner.

Die Höhe des Zuschusses beträgt 100% der entstandenen Kurskosten bis maximal 80 EURO. Die Teilnahmebestätigung ist ergänzend für die Erstattung einzureichen.

d) Die BKK24 erstattet die für den Zeitraum der Schwangerschaft erforderlichen, nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Folsäure maximal in Höhe von 30 Euro je Schwangerschaft.

Von der Erstattung ausgenommen sind Kosten solcher Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Abs.1 Sätze 1 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit dem in Satz 1 genannten Wirkstoff erfolgt nicht.

Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Abs. 1 Sätze 1 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt. Der Bezug der Medikamente mit dem Wirkstoff Folsäure erfolgt über Apotheken, bzw. über den nach deutschem Recht zugelassenen Versandhandel.

Zur Erstattung ist die Rechnung der Apotheke und die ärztliche Verordnung bei der BKK24 einzureichen.¹⁹

¹⁸ Geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

¹⁹ Ergänzt durch 3. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 19.07.2018
Inkrafttreten am 24.07.2018

e) Zusätzliche Vorsorgemaßnahmen²⁰

Die BKK24 beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus und auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i.V. m. § 23 SGB V an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft.

Die BKK beteiligt sich an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

A. Ultraschalluntersuchungen (auch 3D/4D-Ultraschall, Fein-Ultraschall oder Organ-Ultraschall in der 20. - 22. SSW) bei familiärer Vorbelastung, auf ärztliche Empfehlung bzw. bei festgestellten Auffälligkeiten.

Die Höhe des Zuschusses beträgt 100% der tatsächlich entstandenen Kosten bis maximal 80 EURO.

B. Toxoplasmose Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.

Die Höhe des Zuschusses beträgt 100% der tatsächlich entstandenen Kosten bis maximal 60 EURO.

Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen für die Leistungen nach A und B sind jeweils die spezifizierten Rechnungen einzureichen.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Bietet eine gynäkologische Praxis einen feindiagnostischen Organultraschall bzw. eine fetale Missbildungsdiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik an, muss die DEGUM II-Qualifikation nachgewiesen werden. Für das Ersttrimester Screening ist die Zertifizierung nach dem Zertifizierungsprozess FMF-Deutschland erforderlich.

7. Sehhilfen

a) Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erstattet die BKK24 über die im SGB V geregelte Versorgung mit Hilfsmitteln hinaus die Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen, die dafür geeignet sind, bei sportlichen Aktivitäten getragen zu werden (Sportbrille).

b) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sportbrillen nach Absatz a) werden zu 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 150,00 € innerhalb von zwei Kalenderjahren ersetzt, bei Folgeanträgen gerechnet vom Datum der letzten Leistungsgewährung zu Grunde liegenden Rechnung über die Sehhilfe.

²⁰ Neu gefasst durch 9. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 28.01.2020
Inkrafttreten am 31.01.2020

- c) Dem Erstattungsantrag ist die spezifizierte Rechnung des Optikers sowie die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers beizufügen.
Die Augenglasbestimmung des Optikers kann Bestandteil der Rechnung sein.

8. Professionelle Zahnreinigung

- a) Die Versicherten der BKK24 haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung.
- b) Zur Erstattung des Zuschusses ist die Rechnung einzureichen.²¹ Der Zuschuss wird zwei Mal im Kalenderjahr in Höhe von je 45 EURO gewährt.²²

9. Unterkieferprotrusionsschiene

Die BKK24 gewährt ihren Versicherten nach § 11 Abs. 6 SGB V neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V zusätzlich Unterkieferprotrusionsschienen. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Voraussetzungen:

- Diagnose: Upper Airway Resistance Syndrom (UARS)
- leicht- bis mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe (AHI bis circa 30/Stunde) mit geringer klinischer Symptomatik
- Patient verfügt über eine ausreichende intraorale Verankerungsmöglichkeit
- BMI des Patienten bis ca. 30
- Verordnung durch einen zertifizierten Behandler nach der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS).

Die BKK24 erstattet ihren Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten der Protrusionsschiene abzüglich des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel. Bei Ausschuss der Unterkieferprotrusionsschiene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

10. Retainer

- a) Die BKK24 beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Kasse besteht, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach folgenden Absätzen an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer).

Die Beteiligung an den Kosten für festsitzende Retainer im Unterkiefer ist ausgeschlossen sofern die diesbezüglichen Voraussetzungen der Kieferorthopädie-Richtlinien des G-BA vorliegen.²³

²¹ Geändert durch 2. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

²² Geändert durch 8. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 11.09.2019
Inkrafttreten am 24.09.2019

²³ Geändert durch 5. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.01.2019
Inkrafttreten am 25.01.2019

- b) Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, beträgt insgesamt jedoch maximal 125 Euro.
- c) Die Kostenbeteiligung wird jeweils nach Vorlage der Rechnung geleistet. Die Rechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Absatz b) den Namen des Versicherten, den Behandlungstag sowie die Kosten erkennen lassen.²⁴
- d) Die Kostenbeteiligung entfällt bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Absatz b).

11. Flash Glukose Messsystem (FGM)²⁵

- a) Die BKK24 übernimmt die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- b) Voraussetzungen sind, dass
 - A. eine intensivierte konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt,
 - B. die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung können auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden,
 - C. und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - aa. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - bb. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
 - cc. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie.“

²⁴ Geändert durch 2. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

²⁵ Ergänzt durch 2. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 02.02.2018
Inkrafttreten am 07.02.2018

- c) Vor Behandlungsbeginn ist mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
- d) Die BKK24 übernimmt auf Antrag des Versicherten die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren in Höhe von 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V.

Die Folgeversorgung mit einem Lesegerät kommt frühestens nach zwei Jahren in Betracht.

Die Genehmigung der Leistung und der Genehmigungszeitraum werden dem Versicherten von der BKK24 mitgeteilt.

12. Ärztliche Zweitmeinung²⁶

- a) Die BKK24 gewährt ihren Versicherten nach § 27b Absatz 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zur Satzung gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend
- b) Das Zweitmeinungsverfahren wird durch zur Leistungserbringung zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnete Ärztinnen und Ärzte erbracht. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 2 und Absatz 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Absatz 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der Krankenkasse ab.
- c) Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Absatz 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen.

²⁶ Neu gefasst durch 11. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 17.09.2020
Inkrafttreten am 24.09.2020

Unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.

- d) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse je Eingriff in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

§ 11a Schutzimpfungen

- I Die BKK24 übernimmt über die Impfungen des § 20i Abs. 1 SGB V hinaus auch die Kosten für die nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H. der Vertragspreise, wenn diese im Einzelfall durch den Arzt besonders begründet ist.
- II Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.
- III Die BKK24 übernimmt die Kosten abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Absatz II gilt entsprechend.

§ 11b Primärprävention²⁷

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK24 auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

Förderung des Nichtrauchens
gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung durch die BKK24 ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

Leistungen, die von der BKK24 selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern werden, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen und kein eigenes Angebot der BKK24 besteht, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung die entstandenen Kosten bis max. 125,00 € je Maßnahme in voller Höhe übernommen.

²⁷ Geändert durch 10. Satzungsantrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 29.01.2020
Inkrafttreten am 31.01.2020

§ 11c Kooperation mit der PKV

Die BKK24 vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 11d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Länger-besser-leben-Bonusprogramm) ²⁸

- I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65a Abs. 1 SGB V, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen nachweisen:
1. Versicherte nehmen ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 2. Versicherte nehmen die vorgesehenen Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Abs. 2 SGB V oder die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme gemäß § 25a SGB V in Anspruch.
 3. Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Versicherte nehmen zur Gesunderhaltung der Zähne kalenderjährlich einmal die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 55 SGB V in Anspruch. Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren nehmen die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 22 Abs. 1 i. V. m. § 92 SGB V 2 x jährlich in Anspruch.
 5. Versicherte nehmen die von der BKK24 nach § 20i SGB V (und nach § 11a der Satzung) gewährten Schutzimpfungen in Anspruch.
- II Der Bonus wird dem Versicherten in Form eines Geldbonus gutgeschrieben, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK24-Bonus-Heftes vollständig nachgewiesen wurden.

Folgende Geldboni werden für die Maßnahmen gewährt:

Maßnahme	Euro
§ 11d Abs. I Nr. 1	10,00 EUR
§ 11d Abs. I Nr. 2	10,00 EUR
§ 11d Abs. I Nr. 3	10,00 EUR
§ 11d Abs. I Nr. 4	10,00 EUR
§ 11d Abs. I Nr. 5	10,00 EUR

- III Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65a Abs. 1a SGB V, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen nachweisen:
1. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.

²⁸ Geändert durch 13. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 29.12.2020
Inkrafttreten am 01.01.2021

2. Der Versicherte nimmt Bewegungsangebote in einem Sportverein, welcher in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Mitglied ist, qualitätsgesichertem Fitnessstudio, freie Betriebssportgemeinschaft in der Freizeit wahr, ist Teilnehmer am Hochschulsport, hat ein Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG oder das Sportabzeichen erworben.
 3. Der Body-Mass-Index des Versicherten ist altersgerecht.
 4. Der Versicherte ist seit mind. 6 Monaten Nichtraucher ab Vollendung des 18. Lebensjahres.
- IV 1. Voraussetzung für den Erhalt eines Bonus nach Absatz III Nr. 1 ist, dass eine Maßnahme innerhalb eines Jahres wiederholt oder mindestens zwei verschiedene Maßnahmen innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen wurden.
- Es wird den Versicherten ein Geldbonus in Höhe von 10,00 EUR für die Maßnahme gewährt.
2. Wenn die unter Absatz III Nr. 2, 3 und 4 genannten Voraussetzungen alle innerhalb eines Kalenderjahres nachgewiesen werden, wird dem Versicherten der „Länger besser leben.“-Bonus in Höhe von 100,00 EUR gutgeschrieben.
- V Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf dem BKK24-Bonus-Heft quittiert.
- VI Das Bonusprogramm der BKK24 läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis zum 31.12. des Jahres. In dieser Zeit haben Versicherte die Möglichkeit, Nachweise zu sammeln.
- Eine unterjährige Teilnahme ist möglich.
- Eine Auszahlung des Bonus ist auch unterjährig, jedoch nur einmal abschließend für das jeweilige Kalenderjahr, möglich, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.
- Spätestens zum 30.06. des Folgejahres müssen Versicherte den Bonus zur Erstattung einreichen. Eine Übertragung erzielter Bonuspunkte in das Folgejahr ist nicht möglich.

§ 11e Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen au dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
- II Die BKK24 schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Höhe und die Auszahlung des Bonus.
- III Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 11f Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers
1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- mindestens bis zu 80 % teilnehmen. Die BKK24 schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 11e ab.
- II Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 20 Euro zu Beginn des Jahres ausbezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80 % an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurden.
- III Maßnahmen nach § 11f können nicht nach § 11d bonifiziert werden.

§ 11g Persönliche elektronische Gesundheitsakte²⁹

- I Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK24 ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK24 für die Versicherten tätig wird.
- III Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. II. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK24.
- IV Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

²⁹ Neu gefasst durch 6. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.01.2019
Inkrafttreten am 25.01.2019

§ 11h Leistungsausschluss³⁰

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

- II Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der BKK24 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 BKK24 darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK24 insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK24 kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

³⁰ Geändert durch 6. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 21.01.2019
Inkrafttreten am 25.01.2019

§ 12 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK24 als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.

§ 12a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I Die BKK24 bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträge.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 12b Wahltarif besondere Versorgung

- I Die BKK24 bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

§ 12c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I Die BKK24 führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch.
- II Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm der BKK24 teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung. Die Prämie nach Satz 1 wird in Höhe von 50,00 Euro zum Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme und in Höhe von 25,00 Euro nach einem Kalenderjahr der ununterbrochenen Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.

Die Prämie zum Zeitpunkt der Einschreibung wird einmalig gewährt. D.h. eine weitere oder erneute Einschreibung erwirkt keine Prämienzahlung.

Versicherten, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, wird die Prämie für die ununterbrochene Teilnahme insgesamt einmal im Kalenderjahr gewährt.³¹

³¹ Geändert durch 11. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 17.09.2020
Inkrafttreten am 24.09.2020

§ 12d Wahltarif Krankengeld nach § 53 Abs.6 SGB V

I Die BKK24 bietet den in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V und den in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitgliedern einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld an. Zu dem Personenkreis zählen

- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige (nachfolgend: „Selbstständige“),
- Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben (nachfolgend „Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung“),
- Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (nachfolgend: „Künstler und Publizisten“).

Soweit nachfolgend nicht anders bestimmt ist, finden die gesetzlichen Regelungen des SGB V auf den Wahltarif Krankengeld Anwendung.

II Der Tarif beginnt jeweils zum 01. des Monats nach dem Eingang der Wahlerklärung; frühestens ab Beginn der Versicherung.

Die Wahlerklärung wirkt ab Beginn der Versicherung bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des § 44 Abs.2 Satz 1 Nr.2 SGB V innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der Versicherung bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

Die Wahlerklärung bedarf der Schriftform.

Das Mitglied ist ab Beginn drei Jahre an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Tariflaufzeit verlängert sich um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der Bindungsfrist schriftlich kündigt.

III Bei der Tarifwahl gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Beginn des Tarifs. Dies gilt nicht für Mitglieder, die unmittelbar vor der Tarifwahl mit einem Anspruch auf Krankengeld versichert waren, unabhängig davon ob sich der Anspruch aus dem Gesetz oder einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V herleitet.³²

Tritt die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der vereinbarten Wartezeit ein, besteht kein Anspruch auf Krankengeld für die gesamte Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit.

³² Geändert durch 1. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.12.2017
Inkrafttreten am 08.12.2017

IV Der Tarif endet ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn die Voraussetzungen für die Wahl des Tarifs nicht mehr vorliegen. Darüber hinaus wird der Tarif beendet

- mit dem Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit Entgeltersatzfunktion oder einer versorgungsständischen Einrichtung bzw. Bezug einer rentenähnlichen Einnahme mit Entgeltersatzfunktion,
- wenn nach ärztlicher Feststellung eine volle Erwerbsminderung vorliegt,
- mit der Beendigung der Mitgliedschaft bei der BKK24,
- bei Selbstständigen mit der Aufgabe der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit,
- bei Künstlern und Publizisten mit der Aufgabe der hauptberuflich erwerbsmäßigen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit,
- bei Arbeitnehmern ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung mit der Aufgabe der berufsmäßigen Ausübung bzw. dem Ende der Beschäftigung.

Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs (Sonderkündigung) durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist möglich, bei

- Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls,
- tarifbezogener Satzungsänderung, die für das Mitglied nachteilig ist.

Die Sonderkündigung kann in diesen Fällen zum Ende des Kalendermonats erfolgen, der auf den Eintritt des Härtefalls bzw. die Bekanntmachung der Tarifänderung folgt. Das Erreichen einer höheren Altersstufe rechtfertigt nicht die Kündigung des Tarifes.

V Während der Dauer des Tarifes ist durch das Mitglied eine Prämie zu entrichten. Die Prämien sind monatlich zu zahlen und werden spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Prämie gilt. Für die Dauer des Bezugs von Wahltarifkrankengeld oder gesetzlichem Krankengeld nach § 44 SGB V besteht Prämienfreiheit. Die Prämien sind für jeden Tag der Zugehörigkeit zum Wahltarif zu zahlen, es sei denn, es besteht Prämienfreiheit nach diesem Absatz. Reichen die kalkulierten Prämien nicht mehr aus, um die Kosten des angebotenen Tarifs zu decken, so ist die BKK24 zur Anpassung der Prämie im erforderlichen Maße verpflichtet.

Der Prämienberechnung werden zugrunde gelegt bei

- Selbstständigen das nach den einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge i.V.m. § 240 SGB V festgestellte beitragspflichtige Arbeitseinkommen. Die gesetzlich festgelegten Mindestbemessungsgrundlagen im Sinne des § 240 Abs.4 SGB V finden keine Anwendung,
- Versicherungspflichtig Beschäftigten, deren Beschäftigungsverhältnis im Voraus auf weniger als 10 Wochen befristet ist, das zu erwartende durchschnittliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt nach § 226 Abs.1 Nr.1 SGB V,
- Unständig Beschäftigten im Sinne des § 27 Abs.3 Nr.1 SGB III das durchschnittliche monatliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt des Vorjahres nach § 232 SGB V.

Das beitragspflichtige Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt wird maximal bis zu einem Betrag von 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs.3 SGB V bzw. bei unständig Beschäftigten entsprechend § 232 Abs.1 SGB V berücksichtigt. § 23a SGB IV gilt entsprechend.

Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz haben als Verpflichtung aus § 206 Abs.1 Nr.2 SGB V Änderungen ihres beitragspflichtigen Jahreseinkommens der BKK24 unaufgefordert mitzuteilen; Nachteile aus der Verletzung dieser Pflicht treffen den Versicherten.

Eine Prämienanpassung wird mit dem ersten Tag des auf dem Zeitpunkt der Änderung des Einkommens folgenden Kalendermonats vorgenommen. Bei Selbstständigen gilt als Zeitpunkt der Änderung das Datum des zu berücksichtigenden Steuerbescheides. Eine Reduzierung der Prämie auf Grund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wird zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats vorgenommen. Eine Prämienanpassung während eines laufenden Versicherungsfalles hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Wahltarifkrankengeldes. Die Bindungsfrist nach § 53 Abs.8 SGB V bleibt von einer Prämienanpassung unberührt.

VI Für den Wahltarif wird eine Prämie in Höhe von 1,0 v.H. des der Prämienberechnung zugrunde liegenden Betrages nach V. erhoben.

VII Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

- für Selbstständige ab dem 15. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Für Selbstständige endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif).
- für Künstler und Publizisten ab dem 15. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Für Künstler und Publizisten endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif).
- für Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung ab dem 15. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Für Beschäftigte endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif).

Die Wahl des Lückentarifs ist nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 SGB BV möglich.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

VIII Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

- wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Wartezeit nach Absatz III. eintritt, für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit,
- bei Prämienschulden aus einem Wahltarif von mindestens zwei Monaten,
- bei Arbeitnehmern ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung, Selbstständigen, Künstler und Publizisten vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zum 14. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- soweit und solange das Mitglied Arbeitseinkommen oder Entgeltersatzleistungen von einem anderen Sozialversicherungsträger erhält.

Bei Selbstverschulden kann das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagt oder zurückgefordert werden (§ 52 Abs.1 SGB V).

Die Bindungsfrist und die Pflicht zur Prämienzahlung bestehen auch bei einem Ruhen der Leistung.

- IX Für die Höhe und Berechnung des Wahltarifkrankengeldes aus dem Lückentarif gilt § 47 Abs.1 SGB V i.V.m. § 11 Absatz IV der Satzung. Das Krankengeld darf das durch die Arbeitsunfähigkeit ausgefallene Nettoentgelt nicht überschreiten. Soweit und solange Krankengeld gezahlt wird, trägt die BKK24 alle gegebenenfalls anfallenden Beiträge für die gesetzliche Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung sowie die Arbeitslosenversicherung. Bei der Zahlung des Krankengeldes für einen vollen Kalendermonat wird dieser mit 30 Tagen angesetzt.
- X Für Selbstständige und Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung endet der Anspruch auf Krankengeld spätestens nach 78 Wochen Bezugszeit innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren, gleich ob es sich um einen oder mehrere Arbeitsunfähigkeitsfälle handelt. Bei Künstlern und Publizisten endet die Anspruchsdauer spätestens nach Ablauf von 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren, für den einzelnen Arbeitsunfähigkeitsfall jedoch spätestens mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung für die Zahlung des Krankengeldes ist die Aufnahme zu einer stationären Krankenhausbehandlung bzw. der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit.
- XI Die BKK24 behält sich das Recht vor, bei Arbeitsunfähigkeit eine Leistungsfallprüfung durchzuführen, ob die Arbeitsunfähigkeit durch weitere oder ergänzende Leistungen zur Rehabilitation abgekürzt werden kann oder ob Wiedereingliederungsmaßnahmen erforderlich sind. Bescheinigt ein Arzt, dass die Erwerbsfähigkeit gemindert oder gefährdet ist, ist die BKK24 verpflichtet, den Versicherten zur Stellung eines Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen aufzufordern, der gegebenenfalls nach erfolgloser Maßnahme in einen Rentenantrag durch die Deutsche Rentenversicherung umgewandelt wird. Bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Es gilt § 11 Abs. 5 SGB V. Wurde die Arbeitsunfähigkeit durch einen Dritten verursacht (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall oder durch eine sonstige unerlaubte Handlung im Sinne des § 823 BGB), von dem der Versicherte dem Grunde nach Schadenersatz fordern kann, geht dieser Anspruch nach § 116 SGB X in Höhe des Krankengeldes auf die BKK24 über.
- XII Ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes besteht für die in Absatz I genannten Personenkreise nicht.

Stand: 23.06.2021

Maßgeblich sind ggf. abweichendes gesetzliches oder sonstiges Recht.

§ 13 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK24 führt das Bundesversicherungsamt, Bonn.

§ 14 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK24 gehört dem BKK Landesverband Mitte, Hannover, als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 15 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK24 erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk24.de sowie nachrichtlich durch einwöchigen Aushang in den Räumen der BKK24 und in der Mitgliederzeitung.

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

§ 16 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK24 veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK24 veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK24 aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Verwaltungsräte haben diese Satzung am 18.05.2017 und am 24.05.2017 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Oktober 2017 in Kraft.

Siegel

Siegel

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Anlage zu § 1 der Satzung der BKK24³³

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der Firmen

- Eura Glasrecycling GmbH & CO.KG in Germersheim
- O-I Glasspack GmbH & Co. KG in Rinteln
- Ardagh Glass Holding GmbH in Nienburg
- Ardagh Glass GmbH mit den Betriebsstätten in Obernkirchen, Germersheim, Nienburg, Wahlstedt, Neuenhagen, Bad Münden, Lünen und Drebkau
- Heye International GmbH in Obernkirchen
- OBO – Werke GmbH in Stadthagen
- UniMould GmbH in Obernkirchen
- Nürnberger Lebensversicherung AG und Nürnberger Allgemeine Versicherungs-AG mit allen Niederlassungen, bundesweit
- CARL ZEISS in Oberkochen, Aalen, Nattheim, Bopfingen mit Sitz in Heidenheim, in Göttingen mit Sitz in Göttingen und ihre Zweigniederlassungen mit Sitz in Frankfurt/Main, Hamburg, Köln, München, Stuttgart und Berlin
- IMT-Industrielle Meßtechnik GmbH, Riegelsberg
- Carl Zeiss Jena GmbH und den Betriebsteil Kristallzucht in Eisenberg mit Sitz in Jena
- die Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft (BQG) mit Sitz in Jena
- SCHOTT GLASWERKE in Mainz, Wiesbaden, Landshut mit Sitz in Mainz
- SCHOTT ENGINEERING GmbH mit Sitz in Mainz
- SCHOTT-ZEISS ASSEKURANZ-KONTOR GmbH, Mainz u. Oberkochen mit Sitz in Mainz
- BRS-Betriebsrestaurant u. Service GmbH mit Sitz in Mainz
- IOT-Entwicklungsgesellschaft für Integrierte Optik-Technologie mbH mit Sitz in Waghäusel
- SCHOTT-ZWIESEL-GLASWERKE AG mit Sitz in Zwiesel
- die JENAer GLASWERK GmbH mit Sitz in Jena
- die Docter-Optik Schleiz GmbH mit Sitz in Schleiz
- SICO Jena GmbH, Quarzschmelze mit Sitz in Jena
- die VITRON Spezialglas GmbH mit Sitz in Jena

³³ Geändert durch 12. Satzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 19.08.2020
Inkrafttreten am 21.08.2020

- die Friedel-Gebäudereinigungsgesellschaft mbH mit Sitz in Jena
- die Schott-Zeiss AusbildungsgmbH mit Sitz in Jena
- die JENPACK Wellpappen GmbH mit Sitz in Jena
- die Glashütte Gehlberg GmbH mit Sitz in Jena
- DEUTSCHE SPEZIALGLAS AG in Grünenplan und Eschershausen mit Sitz in Grünenplan
- M. HENSOLDT & SÖHNE WETZLAR OPTISCHE WERKE AG mit Sitz in Wetzlar
- die Pfeleiderer Teisnach GmbH & Co KG mit Sitz in Teisnach
- KSB SE & Co. KGaA, Frankenthal, mit ihren Betriebsstätten in Bremen, Frankenthal, Halle, Pegnitz, die Verkaufsniederlassungen in Berlin, Halle, Hamburg, Hannover, Leverkusen, Mainz, München, Nürnberg und Stuttgart,
- die KSB Service GmbH Frankenthal mit zusätzlicher Betriebsstätte in Bochum,
- die KSB Service GmbH Schwedt mit zusätzlichen Betriebsstätten in Premnitz, Schwarzheide, Boxberg, Zeitz und Rostock.

Anlage zu § 2 der Satzung der BKK24

Entschädigungsregelung

I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld³⁴

- a) 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.
- b) Abweichend von der Regelung des 1.1 a) können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.
- c) Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.
- d) Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig 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 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,

³⁴ geändert durch 14. Satzungsantrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 14.01.2021
Inkrafttreten am 21.01.2021

- 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 Unterkunft- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats 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 Verdienstaufall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand³⁵

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 42,00 Euro.

Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75,00 Euro.

II Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

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

** Falls besondere Gesichtspunkte ein Abweichen von § 5 Abs. 1 BRKG erforderlich machen; derzeit 0,30 EUR für jeden gefahrenen Kilometer

³⁵ geändert durch 7. Satzungsantrag, bewilligt vom BVA mit Schreiben vom 04.02.2019
Inkrafttreten am 01.01.2019

Anlage zu § 11 Absatz VII Nr. 12³⁶

A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00-D48	Neubildungen
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

³⁶ Neu gefasst durch 11. Sitzungsnachtrag, bewilligt vom BAS mit Schreiben vom 17.09.2020
Inkrafttreten am 24.09.2020