Satzung

BKK_DÜRKOPP ADLER

Stand: 01.01.2021

Inhaltsverzeichnis

Artikel I 3

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse 3

§ 2 Verwaltungsrat 3

§ 3 Vorstand 5

§ 4 Widerspruchsausschuss 5

§ 5 Kreis der versicherten Personen 6

§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft 7

§ 7 Aufbringung der Mittel 7

§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder und andere Mitgliedergruppen 7

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung 7

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag 8

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz 9

§ 10 Fälligkeit der Beiträge 9

§ 10a Erhebung von Mahngebühren/Beitragsvorschüssen 9

§ 11 Höhe der Rücklage 10

§ 12 Leistungen 10

§ 12a Primärprävention 13

§ 12b Schutzimpfungen 14

§ 12c Hautkrebsvorsorge 15

§ 12d Ärztliche Zweitmeinung 15

§ 12e Leistungsausschluss 17

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen 17

§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung 18

§ 13b Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme 18

§ 13c Wahltarif Besondere Versorgung 19

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 20

§ 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 21

§ 16 Wahltarife Krankengeld 22

§ 17 Zusätzliche Leistungen 22

§ 17a Gesundheitskonto ViDAplus_extra 23

§ 17b Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung 25

§ 17c Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung 25

§ 18 Kooperation mit der PKV 26

§ 19 Aufsicht 26

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband 26

§ 21 Bekanntmachungen 26
Artikel II 27
Inkrafttreten 27
Anlage zu § 2 der Satzung 28
Anlage zu § 9a der Satzung 31
Anlage zu § 14 der Satzung 33
Anlage zu § 14a der Satzung 47
Anlage zu § 16 der Satzung 48

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

BKK_DürkoppAdler.

Sie ist errichtet worden am 01.07.1990 aus der Vereinigung der Betriebskrankenkassen Dürkoppwerke GmbH, errichtet am 04. September 1873, und Kochs Adler AG, errichtet am 01.04.1879.

Die BKK_DürkoppAdler hat ihren Sitz in 33605 Bielefeld, Stieghorster Str. 66.

(2) Der Bereich der BKK_DürkoppAdler erstreckt sich auf die Betriebe des Unternehmens Dürkopp Adler AG in der Bundesrepublik Deutschland. Hierzu gehören neben dem Werk in Bielefeld auch die Verkaufsniederlassungen und Servicestützpunkte.

Der Bereich der BKK_DürkoppAdler erstreckt sich ferner auf das Unternehmen Dürkopp Fördertechnik GmbH in Bielefeld.

Der Bereich der BKK_DürkoppAdler erstreckt sich auch auf das Gebiet des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 2 Verwaltungsrat

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

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.10. des Kalenderjahres.

(2) Dem Verwaltungsrat der BKK_DürkoppAdler gehören als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 6 Vertreter der Arbeitgeber an (ab der 13. Sozialwahlperiode 4 Versichertenvertreter und 4 Vertreter der Arbeitgeber).

Für die Vertretung der Arbeitgebervertreter gilt die persönliche Stellvertretung (ab der 13. Sozialwahlperiode Blockstellvertretung).

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK_DürkoppAdler sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK_DürkoppAdler maßgebendes Recht vorgesehenen Fälle.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK_DürkoppAdler von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der BKK_DürkoppAdler mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. den Vorstand zu überwachen,
8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK_DürkoppAdler 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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

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

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

(8) 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.

(9) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei:

1. Angleichung der Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,
2. Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung getroffen worden ist,
4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
5. Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,

6. Angelegenheiten, die einer kurzfristigen Entscheidung bedürfen und über die durch den Vorstand in geeigneter Weise vorher ausreichend informiert wurde.

Wenn mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der BKK_DürkoppAdler gehört ein Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die BKK_DürkoppAdler und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK_DürkoppAdler maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die BKK_DürkoppAdler 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 BKK_DürkoppAdler abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK_DürkoppAdler wird vom Vorstand eingestellt.

(5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK_DürkoppAdler.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Die Entscheidung über die Widerspruchsfälle und der Erlass der Widerspruchsbescheide werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 33605 Bielefeld, Stieghorster Str. 66.

(2) Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und 2 der Arbeitgeber, die die Voraussetzungen für die Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen.

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

Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden 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.

Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter jeweils zum 01.10. des Kalenderjahres. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt einen Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK_DürkoppAdler sein kann.

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

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

Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(3) Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3a und 4 SGB IV gelten für die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses entsprechend.

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

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder

Mitglieder der BKK_DürkoppAdler können werden

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. Selbstständige
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
5. alle anderen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten,

wenn die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Kasse nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

(2) Familienversicherte

Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Pflegekinder und Kinder familienversicherter Kinder von Mitgliedern werden bei der BKK_DürkoppAdler versichert, wenn die Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen nach § 10 SGB V bei mehreren Krankenkassen gleichzeitig erfüllt, wird die Versicherung bei der BKK_DürkoppAdler durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür wählt.

(3) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der BKK_DürkoppAdler und die Ausübung des Wahlrechtes gelten die §§ 173 bis 175 SGB V in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder bei der BKK_DürkoppAdler beginnt, soweit sich aus gesetzlichen Vorschriften nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht.

(2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Absatz 2 und 4 SGB V nichts anderes ergibt.

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet unter Berücksichtigung der Voraussetzungen der §§ 175 und 191 SGB V, sofern sich aus der Teilnahme an einem von der BKK_DürkoppAdler angebotenen Wahltarif keine längere Bindungsfrist ergibt.

(5) Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung einer Bindungsfrist kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll. Die gesetzliche Kündigungsfrist ist zu beachten.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK_DürkoppAdler werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder und andere Mitgliedergruppen

Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 13, 192 Abs. 5 SGB V sowie in Fällen nach § 239 Satz 2 SGB V gelten die durch den GKV-Spitzenverband aufgestellten Einheitlichen Grundsätze (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung

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

(2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

1. Prävention (§§ 20, 20d, 20i, 20j SGB V),
2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe - § 21 SGB V, Individualprophylaxe - § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe - § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
3. medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
4. Gesundheitsuntersuchungen (§§ 25, 25a SGB V) und Untersuchungen zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen von Verträgen nach §140a SGB V und nach § 12 c dieser Satzung
5. Kinderuntersuchungen (26 SGB V) sowie zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
6. Leistungen während der Schwangerschaft und Entbindung nach den §§ 24c bis 24i SGB V.

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

(3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt im ersten Jahr 50 v. H., im zweiten Jahr 75 v. H. und ab dem dritten Jahr 100 v.H. von 1/12 der im Kalenderjahr gezahlten Krankenversicherungsbeiträge, höchstens jedoch 600 Euro. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im vierten Quartal des Jahres, das auf das Jahr folgt, für das die Prämie beantragt wird.

Mitglieder, deren Krankenversicherungsbeiträge vollständig von Dritten getragen wurden, können den Wahltarif nach Absatz 1 nicht wählen.

(4) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif Prämienzahlung beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK_DürkoppAdler seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK_DürkoppAdler. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Bindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden; § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gilt entsprechend. 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 Verlängerungszeitraumes kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK_DürkoppAdler nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der BKK_DürkoppAdler.

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.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die BKK_DürkoppAdler erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 1,2 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 2 zu dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

(1) Von Arbeitgebern zu zahlende 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

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

(3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen zum 15. des auf die Auszahlung der Versorgungsbezüge folgenden Monats fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren/Beitragsvorschüssen

(1) Mahngebühren

Für Mahnungen nach § 19 VwVG NRW wird eine Mahngebühr erhoben. Diese beträgt bei Beiträgen und sonstigen Hauptforderungen bis einschließlich 50,00 Euro 6,00 Euro, von dem Mehrbetrag 1 v. H.

In den Fällen, in denen neben den Mahngebühren bei Eintritt der Voraussetzungen auch Säumniszuschläge nach § 24 SGB IV erhoben werden, beträgt die Mahngebühr jedoch höchstens 52,00 Euro.

Die Mahngebühr wird gemäß § 17 Abs. 3 VO VwVG NRW auf volle Euro-Beträge nach unten abgerundet. Die Mahngebühr wird auch bei wiederholter Mahnung für die gleiche Forderung nur einmal erhoben.

Die Gebührenschuld entsteht, sobald das Mahnschreiben zur Post gegeben ist oder der mit seiner Überbringung Beauftragte Schritte zur Ausführung des Auftrags unternommen hat.

(2) Beitragsvorschüsse

Die BKK_DürkoppAdler kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten zwölf Monaten oder in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 10b Erstattung von Beiträgen

(1) Erstattungen nach § 231 SGB V erfolgen frühestens zu Beginn eines Kalenderjahres für das vorangegangene Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt auf Antrag des Mitglieds, wenn der BKK_DürkoppAdler alle für die Prüfung und Berechnung der Erstattung erforderlichen Unterlagen vorliegen.

(2) Abweichend von Absatz 1 erfolgt eine Erstattung zu Beginn eines Kalenderhalbjahres für das vorangegangene Kalenderhalbjahr für versicherungspflichtige Studenten, die kein Arbeitseinkommen erzielt haben.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 35 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK_DürkoppAdler erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
2. zur Erfassung von Risiken und Früherkennung von Krankheiten
3. zur Behandlung von Krankheiten
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
5. zur Empfängnisverhütung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
6. des persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

(2) Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und haus-

wirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (Pflegegrade 2 bis 5) nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt, je Krankheitsfall (die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege im Sinne dieser Vorschrift basiert auf derselben Erkrankung) jedoch auf die Dauer von 12 Wochen innerhalb eines Kalenderjahres. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Absatz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe

a) Die BKK_DürkoppAdler gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn sich der Versicherte zuhause aufhält, aber keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege hat und ihm die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit oder nach einer ambulanten Operation nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Haushaltshilfe wird auch dann gewährt, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes wegen einer stationären Vorsorgemaßnahme nach § 23 SGB V, einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V oder 41 SGB V oder einer Hospizbetreuung nach § 39a SGB V nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, sofern in dem Haushalt ein Kind oder mehrere Kinder leben, die bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 10 Wochen innerhalb eines Kalenderjahres je Krankheitsfall (die Notwendigkeit der Haushaltshilfe basiert auf derselben Erkrankung) oder ambulanter Operation gewährt.

b) Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann keine Ersatzkraft gestellt werden, finden die Regelungen des § 38 Abs. 4 SGB V Anwendung.

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

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte. Bei der Berechnung des Höchstregelentgeltes ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

(5) Kostenerstattung

a) Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK_DürkoppAdler vor Inanspruchnahme schriftlich, telefonisch oder per eMail in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V

genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK_DürkoppAdler 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.

b) 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).

c) 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 BKK_DürkoppAdler davon Kenntnis erhält.

d) Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch ärztliche Verordnung nachzuweisen.

e) Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK_DürkoppAdler bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte.

f) Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal jedoch um 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

g) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Staat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- und Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis in einem 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 BKK_DürkoppAdler bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

   Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H. für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

h) Abweichend von Buchstabe g) können in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat über den Europäischen Wirtschaftraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zu-

stimmung durch die BKK_DürkoppAdler 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.

(6) Kostenerstattung für Wahlarzneimittel

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

a) Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V ist um einen Abschlag für die der BKK_DürkoppAdler entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale; sie beträgt 20 v.H. als Abschlag für die entgangenen Vertragsrabatte und 10 v.H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel.

b) § 12 Absatz 5 Buchst. d bis f gelten.

§ 12a Primärprävention

(1) Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns ihrer Versicherten erbringt die BKK_DürkoppAdler, insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen auf Basis des „Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21.Juni 2000" des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung, Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

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

b) Ernährung
   - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
   - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

c) Stressmanagement
   - Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
   - Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

d) Suchtmittelkonsum
   - Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
   - Maßnahmen zum gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol/zur Reduktion des Alkoholkonsums
   - Maßnahmen zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten
   - Maßnahmen zur Prävention des Drogenmissbrauchs

(2) Die Förderung durch die BKK_DürkoppAdler ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

(3) Leistungen, die von der BKK_DürkoppAdler selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Bestätigung über die regelmäßige Teilnahme (mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten) ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 Euro je Maßnahme gewährt. Werden leitfadenkonforme Präventionsangebote als Kombinationsleistung angeboten, beträgt der Finanzierungszuschuss bei einer Teilnahme von mindestens 80 v.H. der Kurseinheiten maximal 160,00 Euro.

(4) Zur Erlangung des Finanzierungszuschusses sind alle erforderlichen Unterlagen einzureichen.

§ 12b Schutzimpfungen

(1) Die BKK_DürkoppAdler übernimmt die Kosten über den Anspruch nach § 20i SGB V hinaus für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Nr. 15 SGB V geführten Schutzimpfungen sowie für Malariaprophylaxe in Höhe von 100 v. H., maximal aber bis zu einem Betrag von 200,00 Euro pro Kalenderjahr:

a) Cholera
b) FSME
c) Gebärmutterhalskrebs
d) Gelbfieber
e) Hepatitis A und B
f) Meningokokken
g) Rotaviren
h) Tollwut
i) Typhus
j) Japanische Enzephalitis
k) Influenza (Grippe)
l) Herpes Zoster
m) Pneumokokken

Die BKK_DürkoppAdler übernimmt die Kosten abweichend von Satz 1 Buchst. a) bis m) auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, zu 100 v.H., höchstens jedoch bis zu 200,00 Euro pro Kalenderjahr, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

Für die in Satz 1 und 2 genannten Leistungen werden insgesamt nicht mehr als 200,00 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

(2) Kosten werden nicht erstattet, wenn die Schutzimpfungen vom Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt oder vom Arbeitgeber unentgeltlich angeboten werden oder die Durchführung der Impfung in den Zuständigkeitsbereich des Arbeitgebers fällt.

(3) Die Kostenerstattung erfolgt nur gegen Vorlage der spezifizierten Rechnungen und ärztlichen Verordnungen.

§ 12c Hautkrebsvorsorge

(1) Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge haben Versicherte ab dem vollendeten 19. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebsscreening. Kann die Leistung außerhalb der KV-Bezirke Nordrhein und Westfalen-Lippe nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden, besteht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten bis zur Höhe des Betrages, der als Sachleistung entstanden wäre, sofern hiermit eine freiwillige, dem Satz 1 entsprechende Vorsorge sichergestellt wird.

(2) Für die Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen.

§ 12d Ärztliche Zweitmeinung

(1) Die BKK_DürkoppAdler gewährt ihren Versicherten zusätzlich zu den in den „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V vom 21. September 2017" in der jeweils geltenden Fassung auf der Grundlage des § 27b Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 SGB V bei onkologischen und orthopädischen Indikationen Leistungen zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen durch

- zugelassene Ärzte
- zugelassene Medizinische Versorgungszentren
- ermächtigte Ärzte und Einrichtungen
- zugelassene Krankenhäuser sowie
- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

(2) Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte oder weitere mögliche Erbringer der Zweitmeinung gem. § 27b Abs. 3 Nr. 1 bis 4 SGB V, mit denen die BKK_DürkoppAdler eine Vereinbarung nach Abs. 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die geplante Behandlung durchführen zu lassen.

(3) Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose:

- ICD Code C00 bis C97 – bösartige Neubildungen in den Bereichen
  - Lippe
  - Mundhöhle
  - Pharynx
  - Verdauungsorgane
  - Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe
  - Knochen und Gelenkknorpel
  - Haut
  - Mesotheliales Gewebe
  - Weichteilgewebe
  - Brustdrüse (Mamma)
  - Weibliche Genitalorgane
  - männliche Genitalorgane
  - Harnorgane

- Auge
- Gehirn
- sonstige Teile des Zentralnervensystems
- Schilddrüse
- sonstige endokrine Drüsen
- bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes sowie
- Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

- ICD Code M15 bis M25 – Arthrose und sonstige Gelenkerkrankungen
  - Polyarthrose
  - Coxarthrose
  - Gonarthrose
  - Rhizarthrose
  - sonstige Arthrosen
  - erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
  - sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
  - Krankheiten der Patella
  - Binnenschädigung des Kniegelenkes (internal derangement)
  - sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen
  - sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert

-
- ICD Code M40 bis M54 – Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
  - Kyphose und Lordose
  - Skoliose
  - Osteochondrose der Wirbelsäule
  - sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
  - Spondylitis ankylosans
  - sonstige entzündliche Spondylopathien
  - Spondylose
  - sonstige Spondylopathien
  - Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
  - zervikale Bandscheibenschäden
  - sonstige Bandscheibenschäden
  - sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
  - Rückenschmerzen

(4) Alle Versicherten der BKK_DürkoppAdler können eine ärztliche Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK_DürkoppAdler krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

(5) Die BKK_DürkoppAdler trifft Vereinbarungen zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind:

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,

2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnisse über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff

Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung kann durch Leistungserbringer, mit denen die BKK_DürkoppAdler eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt werden.

Die BKK_DürkoppAdler führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der BKK_DürkoppAdler veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK_DürkoppAdler den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(6) Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die BKK_DürkoppAdler ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den dazugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

(7) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die BKK_DürkoppAdler in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet. Eventuell anfallende Fahrkosten werden nicht erstattet.

§ 12e Leistungsausschluss

(1) 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.

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die BKK_DürkoppAdler als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 Euro.

(2) Bei ambulanten Vorsorgemaßnahmen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25,00 Euro.

§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die BKK_DürkoppAdler 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, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausarztzentrierten 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.

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

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend schriftlich oder elektronisch 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 die Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten

(4) Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch zu erklären. Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elek-tronisch oder zur Niederschrift bei der BKK_DürkoppAdler ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK_DürkoppAdler. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK_DürkoppAdler dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Näheres zur Teilnahmeerklärung und zum Widerruf regelt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zu § 217f Abs. 4a SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.

(5) Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz 2 ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz 2 kann frühestens vier Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK_DürkoppAdler schriftlich zu erklären.

§ 13b Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die BKK_DürkoppAdler bietet ihren Versicherten auf Grundlage des § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

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

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend schriftlich oder elektronisch 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 die Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten

(4) Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK_DürkoppAdler zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt am jeweiligen Behandlungsprogramm teilnimmt oder als angestellter Arzt Leistungen im Rahmen des jeweiligen Programmes erbringt.

(5) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BKK_DürkoppAdler. Bestimmt der Versicherte einen späteren Zeitpunkt, endet die Teilnahme mit diesem Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung oder wenn der Versicherte innerhalb von 12 Monaten zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn aufeinanderfolgend zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms quartalsbezogen vom Arzt zu erstellenden Dokumentationen nicht fristgerecht an die BKK_DürkoppAdler übermittelt worden sind.

§ 13c Wahltarif Besondere Versorgung

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

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

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten

(4) Die Teilnahme ist gegenüber der BKK_DürkoppAdler schriftlich oder elektronisch zu erklären (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK_DürkoppAdler ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK_DürkoppAdler. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK_DürkoppAdler dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Näheres zur Teilnahmeerklärung und zum Widerruf regelt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zu § 217f Abs. 4a SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.

(5) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber der BKK_DürkoppAdler schriftlich oder elektronisch kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam, in dem die Kündigung bei der BKK_DürkoppAdler eingegangen ist. Während der Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung bezieht sich das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen auf die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn in einem medizinischen Notfall ein Arzt benötigt wird. Für die Behandlung anderer Erkrankungen, die nicht Gegenstand der jeweiligen besonderen Versorgung ist, ist das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt. Die Teilnahme endet außerdem mit Abschluss des Behandlungspfades.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte der BKK_DürkoppAdler können ab Beginn der Versicherung vom Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten partizipieren. Die Beteiligung ist frei-willig. Für Versicherte bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres bietet die BKK_DürkoppAdler ein Bonusprogramm für Kinder bzw. Jugendliche an. Versicherte zwischen vollendetem 16. und 18. Lebensjahr können wählen, ob sie das Bonusprogramm für Kinder bzw. Jugendliche oder Erwachsene anwenden möchten.

(2) Anspruch auf einen Bonus im Sinne des § 65a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die

a) Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V und/oder
b) Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V,

in Anspruch nehmen.

(3) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus im Sinne des § 65a Abs. 1a SGB V bei regelmäßiger Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V i. V. m. dem Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes in seiner jeweils geltenden Fassung oder vergleichbare, qualitätsgesicherte in § 12a aufgeführte Angebote zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, bei Inanspruchnahme von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahnerkrankungen, bei Nachweis sportlicher Aktivitäten zur allgemeinen Gesunderhaltung sowie bei Inanspruchnahme von Leistungen zur Schwangerenvor- und –nachsorge.

(4) Als Bonusjahr gilt das Kalenderjahr.

(5) Die Erfüllung der unter Abs. 2 und Abs. 3 genannten Voraussetzungen weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen bzw. Urkunden nach. Bonifizierbar sind nur die Leistungen bzw. Anforderungen, deren Inanspruchnahme bzw. Erfüllungen für das jeweilige Bonusjahr nachgewiesen werden.

(6) Der Bonus beträgt je erfüllter Bonusvoraussetzung 5,00 Euro bei Wahl als Geldleistung oder 10 Euro bei Wahl als Sachprämie.

Der Bonus für den Nachweis vollständig durchgeführter Schwangerenvor- und -nachsorgeuntersuchungen nach § 24d SGB V in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung beträgt 50,00 Euro bei Wahl als Geldleistung oder 100,00 Euro bei Wahl als Sachleistung.

Bei Teilnahme am Bonusprogramm für Kinder und Jugendliche wird ein Bonus in Höhe von 5,00 Euro bzw. 10,00 Euro je erfüllter Bonusvoraussetzung als Sachleistung gewährt.

(7) Eine Bonifizierung der Teilnahme an Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen des Bonusprogramms für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ausgeschlossen. Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung können nach § 14a dieser Satzung bonifiziert werden.

(8) Die Inanspruchnahme des Bonusprogramm kann jederzeit beendet werden.

(9) Näheres zum Bonusprogramm regeln die Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, die Anlage dieser Satzung sind. Die Ausführungsbestimmungen sind auf der Internetseite der BKK_DürkoppAdler hinterlegt und werden dem Versicherten bei Inanspruchnahme des Bonusprogrammes auf Wunsch ausgehändigt.

§ 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Arbeitgeber, die ein mit der BKK_DürkoppAdler vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, erhalten einen Bonus. Das Programm muss den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b Abs. 1 SGB V (in der jeweils aktuellen Fassung) entsprechen. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist oder die Bestandteil eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements sind, kann kein Bonus gewährt werden. Dies gilt ebenso für Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die nicht zertifiziert sind (§§ 20b Abs. 1 Satz 2, 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V).

(2) Die BKK_DürkoppAdler schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung und deren Nachweise regelt. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der BKK_DürkoppAdler nach § 20b Abs. 1 SGB V erbracht. Der Arbeitgeber erhält den Bonus für die nachgewiesene Durchführung von qualitätsgesicherten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Höhe des Bonus beträgt 100 Euro für jeden an der Maßnahme teilnehmenden und bei der BKK_DürkoppAdler versicherten Arbeitnehmer.

(3) Bei der BKK_DürkoppAdler versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus für die nachgewiesene Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die der Arbeitgeber aufgrund des mit der BKK_DürkoppAdler geschlossenen Vertrages nach Absatz 2 anbietet. Die Höhe des an den bei der BKK_DürkoppAdler versicherten Beschäftigten zu zahlenden Bonus richtet sich nach der Anzahl der erfolgreich absolvierten Maßnahmen unterschiedlichen Inhalts. Während der jeweiligen Laufzeit des

Vertrags erhalten bei der BKK_DürkoppAdler versicherte Beschäftigte den Bonus für erfolgreich absolvierte Maßnahmen. Eine Bonifizierung nach § 14 ist für Maßnahmen nach § 14a ausgeschlossen. Näheres zur Bonusgewährung ist in der Anlage zu § 14a zu dieser Satzung geregelt.

§ 15 Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK_DürkoppAdler ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

(2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK_DürkoppAdler für die Versicherten tätig wird.

(3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitskarte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK_DürkoppAdler.

(4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung werden gewahrt.

§ 16 Wahltarife Krankengeld

(1) Die BKK_DürkoppAdler bietet

1. hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Absatz 2 Nr. 2 SGB V)
2. unständig Beschäftigten (§ 44 Absatz 2 Nr. 3 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 SGB V gewählt haben, und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Die BKK_DürkoppAdler hat die Durchführung dieser Wahltarife der GWQ Service Plus AG, Düsseldorf, übertragen.

(2) Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage zu § 16, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 17 Zusätzliche Leistungen

Die Versicherten der BKK_DürkoppAdler haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen. Der Anspruch auf zusätzliche Leistungen besteht nur für die Leistungen, die während einer bestehenden Mitgliedschaft bei der BKK_DürkoppAdler in Anspruch genommen wurden.

§ 17a Gesundheitskonto ViDAplus_extra

(1) Die BKK_DürkoppAdler stellt ihren Versicherten des Gesundheitskonto ViDAplus_extra mit einem Guthaben von maximal 450 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung.

(2) Bezuschusst werden folgende Leistungen:

a) Modul Osteopathie
Die Versicherten der BKK_DürkoppAdler können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung für die Behandlung ist, dass der Leistungserbringer eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in Theorie und Praxis entsprechend den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V. nachweisen kann.

Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal vier Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 Euro je Sitzung.

b) Modul Schwangerschaft und Familie
Bezuschusst werden folgende Leistungen:

- zusätzliche Untersuchungen zur medizinischen Vorsorge für Schwangere: z. B. Ultraschalluntersuchungen für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhten medizinischen Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes, Ersttrimester-Screening, B-Streptokokken-Untersuchung, Toxoplasmose-Screening, Triple-Test, Feststellung von Antikörpern gegen Windpocken und Ringelröteln, sofern sie von einem Vertragsarzt erbracht werden und es sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Leistung handelt

- Geburtsvorbereitungskurse für den Partner der Schwangeren

- Stillberatung, wenn die Stillberatung durch Still- und Laktationsberater*innen, die ein Zertifikat nach den Standards des International Board of Certified Lactation Consultants (IBCLC) nachweisen, oder durch Hebammen erbracht wird, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

- Kurse zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und zur Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung von Babys und Kleinkindern: Baby- und Kleinkinderschwimmen, Baby-Massage, Baby- und Kleinkinder-Yoga sowie Pekip, wenn eine regelmäßige Teilnahme an den Kursen (mindestens 80 v.H. der Kurseinheiten müssen besucht worden sein) nachgewiesen wird.

  Erstattungsfähig sind ausschließlich solche Kurse, die von entsprechend qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt wurden:

  - Baby- und Kleinkinderschwimmen: Ausbildung zum „zertifizierten Kursleiter Säuglings- und Kleinkinderschwimmen (SKS)" des Deutschen Schwimm-Verband (DSV), des Bundesverbandes für Aquapädagogik oder eine mindestens vergleichbare Qualifikation besitzen

- Babymassage: zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten, die eine ordentliche Mitgliedschaft beim Deutschen Verband für Physiotherapie oder im Verband Physikalische Therapie nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen, sowie Hebammen oder Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger mit entsprechender Fortbildung

- Baby- und Kleinkinder-Yoga: Ausbildung zum „zertifizierten Übungsleiter bzw. Kursleiter" mit der Fortbildung „Yoga mit Kindern" des Deutschen Turner-Bund e.V. (DTB), Yogalehrer, die Mitglied eines anerkannten Berufsverbandes für Yogalehrende sind oder die Voraussetzungen für eine Mitglied - schaft nachweisen können, oder Nachweis einer mindestens vergleichbaren Qualifikation

- Pekip:Fortbildung zum "zertifizierten PEKIP-Gruppenleiter"

Als Kleinkinder gelten Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

- zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U10 und U11) und Jugendliche (J2), die von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt werden.

- Hebammenrufbereitschaft für versicherte Frauen, wenn die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft sind dann erstattungsfähig, wenn diese folgendes beinhaltet: 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit, sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe, Aufenthalt in räumlicher Nähe zur Schwangeren, die Bereitschaft zum Abbruch jedweder sonstiger Aktivitäten (mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt) und zur Fahrt zur Schwangeren sowie die Begleitung der Schwangeren bei der Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern dies erforderlich ist.

Leistungen für Schwangere, Kinder und Jugendliche werden bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 Euro pro Kalenderjahr bezuschusst.

c) Modul Professionelle Zahnreinigung
Die BKK_DürkoppAdler erstattet ihren Versicherten die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung, wenn die Behandlung durch einen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnarzt erfolgt.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, maximal jedoch in Höhe von 40,00 Euro pro Kalenderjahr.

(3) Zur Erlangung des Zuschusses bzw. zur Übernahme der Kosten sollen die spezifizierten und personifizierten Rechnungen bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres (Tag des Eingangs bei der BKK) eingereicht werden.

Bei Leistungen nach Abs. 2 Buchstabe a) ist zusätzlich eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit von osteopatischen Behandlungen beizubringen.

Wird die Erstattung von Kursgebühren o. ä. nach Abs. 2 Buchstabe b) beantragt, ist zusätzlich zur Rechnung die Teilnahmebestätigung mit Angaben zu Name und Vorname des Versicherten, Anbieter Kursleiter, Kursbeginn und –ende, Kurseinheiten und Anzahl der besuchten Kurseinheiten vorzulegen.

Werden der BKK_DürkoppAdler Rechnungen oder Teilnahmebescheinigungen in digitaler Form (per E-Mail oder über die Online-Geschäftsstelle) vorgelegt, sind diese 4 Jahre aufzubewahren und der BKK_DürkoppAdler auf Verlangen vorzulegen. Die 4jährige Aufbewahrungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Erstattung beantragt wurde.

Das Guthaben bzw. Restguthaben des Gesundheitskontos ViDAplus_extra ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige, und nicht auf das folgende Kalenderjahr übertragbar.

§ 17b Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

(1) Die Versicherten der BKK_DürkoppAdler haben Anspruch auf ambulante medizinische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu lindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung hierfür ist der Abschluss einer Vereinbarung der BKK_DürkoppAdler mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer nach Absatz 2, die diese Behandlung einschließt.

(2) Unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten trifft die BKK_DürkoppAdler Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit solchen Leistungserbringern geschlossen, die als ausgewiesene Spezialisten auf ihrem Fachgebiet gelten. Weitere Voraussetzung für den Abschluss einer solchen Vereinbarung ist, dass der Leistungserbringer über eine Qualifikation verfügt, wie sie im 4. Kapitel des SGB V für zugelassene Leistungserbringer beschrieben ist, und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellt.

Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind, können nicht Gegenstand einer Vereinbarung sein.

(3) Über die Leistungserbringer, mit denen die BKK_DürkoppAdler eine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen hat, führt sie ein Verzeichnis. Das Verzeichnis beinhaltet Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Den Versicherten ist die Einsichtnahme in das Verzeichnis zu gewähren. Auf Wunsch erhalten sie das Verzeichnis in schriftlicher Form.

(4) Zur Erstattung der veranlassten Leistungen sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Die Erstattung ist begrenzt auf die Höhe der Vergütung, die die BKK_DürkoppAdler bei Erbringung als Sachleistung aufzuwenden hätte. Sind die tatsächlichen Kosten niedriger, erfolgt eine Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 17c Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

(1) Die BKK_DürkoppAdler übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:

1. es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vor und sie wird von einem Arzt bescheinigt

2. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus
3. es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode
4. der BKK_DürkoppAdler wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt
5. die BKK_DürkoppAdler hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

(2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

(3) Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung nach Absatz 1 eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK_DürkoppAdler sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.

§ 18 Kooperation mit der PKV

Die BKK_DürkoppAdler vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK_DürkoppAdler führt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Bekanntmachungen

(1) Die Bekanntmachungen der BKK_DürkoppAdler erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK_DürkoppAdler und in den Betrieben, für die die BKK_DürkoppAdler zuständig ist, sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift und auf der Homepage der BKK_DürkoppAdler.

(2) Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK_DürkoppAdler beträgt die Aushangfrist zwei Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat hat diese Satzung in seiner Sitzung am 16.12.2020 beschlossen.

Die Satzung tritt am 01.01.2021 in Kraft. Gleichzeitig treten die Satzung vom 11.12.2017 und die Nachträge 1 bis 12 außer Kraft.

Bielefeld, den 16.12.2020

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

(Helmut Schmitz)

BKK Dürkopp Adler Bielefeld

(Klaus-Jürgen Stark)

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates

Die nachfolgende Entschädigungsregelung orientiert sich an der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung (§ 41 SGB IV) aus November 2018 unter Berücksichtigung der Entschädigungssätze nach dem Landesreisekostengesetz Nordrhein-Westfalen (LRKG NRW) und dem Einkommensteuergesetz.

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an einer Sitzung des Verwaltungsrates der BKK_DürkoppAdler (einschließlich An- und Abreise) werden Mitgliedern bzw. stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gewährt:

1. Erstattung der Barauslagen
2. Erstattung des Verdienstausfalles und der Rentenversicherungsbeiträge
3. Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung/Ausschusssitzung des Verwaltungsrates

(1) Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskostenerstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des LRKG NRW gewährt. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, so ist das Tagegeld entsprechend § 7 Abs. 2 LRKG NRW zu kürzen. Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

(2) Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Hin- und Rückreise in der niedrigsten Beförderungsklasse bei Eisenbahn- und Schiffsreisen sowie Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung etc.) ersetzt. Die Kosten für die 1. Beförderungsklasse werden erstattet bei Bahnreisen, deren Dauer (einschließlich der Umstiegszeiten) mindestens drei Stunden beträgt.

Dabei werden gewährt:

a) die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens; ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der frühen Ankunft und der späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen werden musste,

b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,

c) bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 6 Abs. 1 und 2 des LRKG NRW jeweils geltenden Sätze. Werden Personen, die gegen die BKK_DürkoppAdler einen Anspruch auf Fahrkostenerstattung haben, im Kraftwagen eines Verwaltungsratsmitglieds mitgenommen, so wird je Person und gefahrenem Kilometer eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 Euro gezahlt.

§ 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an Sitzungen

(1) 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 Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV.

(2) 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 einem Drittel des vorstehend genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird für jeden Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt, die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 4 Pauschbetrag für Zeitaufwand

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75,00 Euro.

(2) Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand geltend gemacht werden.

§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

(1) Für die Teilnahme an den Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach § 1 gewährt.

(2) Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. § 4 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates, eines Ausschusses oder der Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden tätig wird, wird nach § 1 entschädigt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 7 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates der BKK_DürkoppAdler gelten über die allgemeinen Entschädigungsregelungen (§§ 1 bis 5) hinaus die folgenden Bestimmungen:

a) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen – mit Ausnahme der Reisekosten – einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand von 27,00 Euro.

b) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag von 27,00 Euro.

Hinweis: Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig!

Anlage zu § 9a der Satzung

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der BKK_DürkoppAdler Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber, Erstattungsanspruch

(1) Die BKK_DürkoppAdler erstattet den nach § 1 Absatz 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 80 v. H. des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

(2) Die BKK_DürkoppAdler erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag:

1. 100 v. H. des nach § 1 Absatz 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie
2. 100 v. H. des nach § 1 Absatz 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.

(3) Ein Pauschalbetrag wird dem Arbeitgeber zusätzlich zu der Erstattung nach Absatz 1 nicht gewährt.

(4) Hinsichtlich der Erstattung nach Absatz 2 Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesen zu tragenden Beiträgen nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG pauschaliert in Höhe von 20 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

(1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

(2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

(3) Die BKK_DürkoppAdler verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; die dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).

§ 4 Umlagebeitragssätze

Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt 2,6 v. H.. Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,19 v. H..

§ 5 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der BKK_DürkoppAdler gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§ 6 Organe

(1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK_DürkoppAdler obliegt dem Vorstand. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskasse gerichtlich und außergerichtlich.

(2) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

(3) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

(4) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Haushaltsplan

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Absatz 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Absatz 1 Nr. 3 AAG).

§ 8 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Absatz 1 SGB IV i. V. m. § 9 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 9 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

(1) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt.

(2) Die Satzungsbestimmungen über die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung in Angelegenheiten der Krankenversicherung gelten entsprechend.

(3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

Anlage zu § 14 der Satzung

Ausführungsbestimmungen

Präambel

Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksame Strategien, um der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen. Ziel ist es, die Gesundheit zu erhalten, zu fördern und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Die BKK_DürkoppAdler bietet für ihre Versicherten ein Bonusprogramm an, das geknüpft ist an die regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, der Leistungsangebote zur Krankenkasse zur primären Prävention sowie an nachweislich wirkungsvollen Maßnahmen zur Prävention (Schwerpunkt Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Nichtrauche). Voraussetzung dafür ist, dass es sich um qualitätsgesicherte Maßnahmen handelt. In den vorliegenden Ausführungsbestimmungen werden die BKK Prämienprogramme ViDAplus und ViDAplus Kids beschrieben. Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesen Ausführungsbestimmungen auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet – es wird die männliche Sprachform verwendet, wobei sämtliche Bezeichnungen für alle Geschlechter gelten.

1. Inanspruchnahme

1.1 Kreis der berechtigten Versicherten

Anspruch auf einen Bonus aus den ViDAplus Programmen haben alle Versicherten der BKK_DürkoppAdler.

Für versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres bietet die BKK_DürkoppAdler ein auf diese Altersgruppe abgestimmtes eigenes Bonusprogramm an. Versicherte, die in dem Kalenderjahr, für das das Bonusprogramm in Anspruch genommen werden soll, das 16. Lebensjahr vollenden, können zwischen dem Bonusprogramm für Erwachsene (ViDAplus) und dem für Kinder und Jugendliche (ViDAplus Kids) wählen.

1.1.1 Anspruchsberechtigte beim ViDAplus Programm

Es sind alle Versicherten ab Vollendung des 16. Lebensjahres berechtigt, einen Bonus aus dem ViDAplus Programm der BKK_DürkoppAdler zu erwerben.

Versicherte, die in dem Kalenderjahr, für das das Bonusprogramm in Anspruch genommen werden soll, das 16. Lebensjahr vollenden, können zwischen dem Bonusprogramm für Erwachsene (ViDAplus) und dem für Kinder und Jugendliche (ViDAplus Kids) wählen. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet zum Ende des entsprechenden Bonusjahres, die entsprechenden Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres eingereicht werden.

1.1.2 Anspruchsberechtigte beim ViDAplus Kids Programm

Bonusberechtigt aus dem ViDAplus Kids Programm sind alle versicherten Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.

Versicherte, die in dem Kalenderjahr, für das das Bonusprogramm in Anspruch genommen werden soll, das 16. Lebensjahr vollenden, können zwischen dem Bonusprogramm für Erwachsene (ViDAplus) und dem für Kinder und Jugendliche (ViDAplus Kids) wählen. Die Inanspruchnahme des Bonusprogramms endet zum Ende des entsprechenden Bonusjahres, die entsprechenden Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres eingereicht werden.

1.2 Bonusbedingungen

Alle Versicherten der BKK_DürkoppAdler sind berechtigt einen Bonus aus den ViDAplus Programmen zu erlangen. Bonusberechtigte des Programms ViDAplus erhalten je durchgeführte Maßnahme einen Bonus. Sie können einmalig zwischen einer Geldprämie oder einem Zuschuss zu Gesundheitsleistungen (s. Pkt. 2.4) wählen.

Bonusberechtigte des Programms ViDAplus Kids erhalten je durchgeführter Maßnahme einen Bonus in Form eines Gutscheines.

1.3 Erklärung der Inanspruchnahme der ViDAplus Programmen

Zur Erklärung der Inanspruchnahme unterschreibt der Versicherte (bis 15 Jahre der gesetzliche Vertreter) den jeweiligen Bonusscheck, der von der BKK zur Verfügung gestellt wird. Der Antrag kann auch elektronisch in einem sicheren IT-gestützten Verfahren eingereicht werden.

Bestandteile des Bonusschecks sind:

- Angaben zum Bonusberechtigten (Name, Vorname, Geburtsdatum, KV-Nummer, Steuer-Identifikationsnummer, Bankverbindung, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse,
- ein gesonderter Datenschutzhinweis

1.4 Beginn und Ende der Bonusberechtigung aus den ViDAplus Programmen

Der Anspruch auf einen Bonus beginnt mit der Mitgliedschaft oder Versicherung bei der BKK_DürkoppAdler und besteht für jedes Kalenderjahr der Versicherung. Beginnt die Mitgliedschaft oder Versicherung während eines laufenden Kalenderjahres, werden Maßnahmen, die vor Beginn der Mitgliedschaft oder Versicherung erfüllt wurden, nicht bonifiziert.

Der Anspruch endet für das Kalenderjahr, für das er in Anspruch genommen wird, mit der Einreichung der jeweiligen Schecks bei der BKK, spätestens aber mit dem Ende der Mitgliedschaft oder Versicherung bei der BKK_DürkoppAdler.

2 Gegenstand des Programms ViDAplus

2.1 ViDAplus Bonifizierung

Die BKK_DürkoppAdler belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten bei Durchführung festgelegter Maßnahmen mit einer Geldprämie. Anspruchsberechtigte des Programms ViDAplus können alternativ einen Zuschuss zu Gesundheitsleistungen (s. Pkt. 2.4) erhalten. Eine Kombination der Boni (Geldprämie und Zuschuss zu Gesundheitsleistungen) ist nicht möglich.

2.2 ViDAplus Bonusschecks

Zur Dokumentation der Maßnahmen erhalten die Versicherten Bonusschecks. Der Versicherte trägt dafür Sorge, dass der Leistungserbringer oder Veranstalter sein gesundheitsbewusstes Verhalten dokumentiert. Eventuell für eine Bestätigung verauslagte Kosten des Versicherten werden nicht erstattet. Die Bonusschecks sind für das Kalenderjahr gültig, für das sie ausgestellt worden sind.

2.3 Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V

Die bonifizierbaren Maßnahmen sowie die Höhe der Boni (als Geld- oder Sachleistung in Form von Kostenerstattung) ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle. Die BKK_DürkoppAdler unterscheidet dabei nach Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V und § 65a Abs. 1a SGB V. Die Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V unterliegen der Evaluation nach § 65a Abs. 3 SGB V.

2.3.1 Bonusfähige Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V

Folgende Leistungen gemäß der §§ 20i, 25, 25a und 26 SGB V sind im Rahmen des Programms ViDAplus nach Maßgabe des §65a Abs. 1 SGB V bonusfähig (Erläuterungen s. Pkt. 2.3.1.1 bis 2.3.1.10)

Maßnahmen	Bonuspauschale	Alternativ: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen (s. Pkt. 2.4)
Gesundheits Check up	5,00 Euro	10,00 Euro
Früherkennung Bauchaortenaneurysma	5,00 Euro	10,00 Euro
Genitaluntersuchung zur Krebsvorsorge	5,00 Euro	10,00 Euro
Brustkrebsvorsorge	5,00 Euro	10,00 Euro
Screening zytologische Untersuchung inkl. HPV-Test	5,00 Euro	10,00 Euro
Hautkrebsvorsorge	5,00 Euro	10,00 Euro
Darmkrebsvorsorge Stuhltest	5,00 Euro	10,00 Euro
Darmspiegelung	5,00 Euro	10,00 Euro
Mammographie	5,00 Euro	10,00 Euro
Impfungen gem. Empfehlungen der StiKo	5,00 Euro	10,00 Euro

Erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheits Check up oder der Krebsvorsorgeuntersuchungen in der Zeit vom 01. Dezember bis 31. Dezember eines Jahres, gelten diese Voraussetzungen zur Erlangung eines Bonus auch dann für das Jahr, für das der Bonus beantragt wird, als erfüllt, wenn diese Untersuchungen bis zum 31. Januar des Folgejahres nachgeholt werden.

2.3.1.1 Vorsorgeuntersuchung Gesundheits check up

Versicherte haben nach § 25 Abs. 1 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung ab der Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 25. Lebensjahres einen Anspruch auf die Durchführung einer einmaligen Gesundheitsuntersuchung. Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr besteht ein Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung im Rhythmus von drei Jahren (bei Teilnahme an der Versorgungsform Hausarztzentrierte Versorgung alle 2 Jahre). Bei Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung ab dem vollendeten 35. Lebensjahr kann in den auf das Untersuchungsjahr folgenden zwei Kalenderjahren keine Gesundheitsuntersuchung mehr angerechnet werden.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.2 Früherkennung Bauchaortenaneurysma

Männliche Versicherte ab 65 Jahre haben nach § 65 Abs. 1 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Form Anspruch auf eine einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchschlagader.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.3 Genitaluntersuchung zur Krebsvorsorge

Weibliche Versicherte haben nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung ab 20 Jahren Anspruch auf eine jährliche Genitaluntersuchung (Vorsorge Gebärmutterhalskrebs).

Männliche Versicherte ab 45 Jahre haben nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung Anspruch auf eine jährliche Genitaluntersuchung (Vorsorge Prostatakrebs)

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.4 Brustkrebsvorsorge

Weibliche Versicherte ab 30 Jahren haben nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung Anspruch auf eine jährliche Brustuntersuchung.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.5 Screening zytologische Untersuchung inkl.HPV.Test

Weibliche Versicherte haben nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung ab 35 Jahre alle drei Jahre Anspruch auf eine Kombinationsuntersuchung, bestehend aus einem HPV-Test (Test auf humane Pappilomaviren) und einem Pap-Abstrich (anstelle des jährlichen Pap-Abstrichs).

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.6 Hautkrebs-Screening

Versicherte ab 19 Jahren haben aufgrund vertraglicher Vereinbarungen, Versicherte ab 35 Jahre nach § 25 Abs. 1 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening. Das Screening dient der Früherkennung des malignen Melanoms (schwarzer Hautkrebs), des Basalzellkarzinoms und des spinozellulären Karzinoms (beide weißer Hautkrebs). Es kann ggf. in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchung (Check up) durchgeführt werden.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.7 Darmkrebsvorsorge Stuhlbluttest

Versicherte von 50 bis 54 Jahren haben nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung jährlich, Versicherte ab 55 Jahre alle zwei Jahre Anspruch auf einen Stuhlbluttest zur Darmkrebsvorsorge (iFOBT). Alternativ zum Stuhlbluttest kann die Darmspiegelung (Koloskopie) zur Darmkrebsvorsorge (s. Pkt. 2.3.1.8) genutzt werden.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.8 Darmkrebsvorsorge Darmspiegelung

Alternativ zur Darmkrebsvorsorge mittels Stuhlbluttest haben männliche Versicherte ab 50 und weibliche Versicherte ab 55 Jahren nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung Anspruch auf eine insgesamt zweimalige Früherkennungs-Darmspiegelung (Koloskopie) im Mindestabstand von 10 Jahren.

Nehmen Versicherte das Koloskopie-Angebot erst ab dem Alter von 65 Jahren wahr, besteht nur Anspruch auf eine Früherkennungs-Darmspiegelung (Koloskopie).

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.9 Mammographie-Screening

Weibliche Versicherte von 50 bis 69 Jahren haben nach § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung alle zwei Jahre Anspruch auf ein Mammographie-Screening zur Brustkrebsvorsorge.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.1.10 Impfungen

Nehmen Versicherte Impfungen gemäß § 20i SGB V i.V.m. § 12 der Satzung der BKK_DürkoppAdler in Anspruch, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) unter der Kategorie „S" und „A" sowie „I" oder von der BKK_DürkoppAdler gemäß Satzung übernommen werden, erhalten sie einen Bonus. Davon ausgenommen sind Impfungen anderer Kategorien, die beispielsweise in den Zuständigkeitsbereich des Arbeitgebers fallen. Eine Impfung kann dabei auch mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig sind. Auf Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z.B. Tetanus-Diphtherie-Impfung) zählen als eine Impfung im Sinne des ViDAplus Programmes. Dieses gilt auch für Impfserien, die zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes erforderlich sind (z.B. Tetanus).

Die Impfungen werden im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 2.3.1 bonifiziert.

2.3.2 Bonusfähige Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

Folgende Leistungen sind im Rahmen des Programms ViDAplus nach Maßgabe des § 65a Abs. 1a SGB V bonusfähig (Erläuterung s. Pkt. 2.3.2.1 bis 2.3.2.8)

Maßnahme	Bonuspauschale	Alternativ: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen (s. Pkt. 2.4)
Zahnvorsorge	5,00 Euro	10,00 Euro
Professionelle Zahnreinigung	5,00 Euro	10,00 Euro
Zertifizierter Präventionskurs nach § 20 SGB V	5,00 Euro	10,00 Euro
Aktive Mitgliedschaft in einem Sport- oder Rehasportverein	5,00 Euro	10,00 Euro
Maßnahme	Bonuspauschale	Alternativ: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen (s. Pkt. 2.4)

Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio	5,00 Euro	10,00 Euro
Teilnahme Breitensport/Ablegung Sportabzeichen	5,00 Euro	10,00 Euro
Teilnahme Betriebssport/ Hochschulsport	5,00 Euro	10,00 Euro
Schwangerenvor- und -nachsorge	50,00 Euro	100,00 Euro

2.3.2.1 Zahnvorsorge

Versicherte haben gemäß § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V wenigstens einmal pro Jahr Anspruch auf eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 bonifiziert.

2.3.2.2 Professionelle Zahnreinigung

Versicherte, die eine professionelle Zahnreinigung durch einen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnarzt als zusätzliche zahnmedizinische Prophylaxe durchführen lassen, erhalten einen Bonus.

Die Untersuchung wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 bonifiziert.

2.3.2.3 Zertifizierter Präventionskurs nach § 20 SGB V

Die BKK_DürkoppAdler zertifiziert in Zusammenarbeit mit der Zentralen Prüfstelle Prävention die Anbieter von Gesundheitskursen, die die dafür erforderlichen gesetzlichen Bestimmungen nach § 20 SGB V erfüllen und qualitätsgesicherte Maßnahmen nach dem Leitfaden für Präventionsleistungen in seiner jeweils gültigen Fassung erbringen.

Die Handlungsfelder der Präventionskurse sind: Reduzierung von Bewegungsmange durch gesundheitssportlichen Aktivität (z.B. Nordic Walking, Aqua-Jogging), Vorbeurgung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme (z.B. Osteoporose-Prävention, Rückenschule), Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, Förderung von Entspannung (z.B. Yoga, Autogenes Training), Förderung von Stressbewältigungskompetenzen und Vermeidung des Suchtmittelkonsums (z.B. Raucherentwöhnungskurse). Die Anbieter sind in der Kursliste der Zentralen Prüfstelle Prävention gelistet.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 bonifiziert.

2.3.2.4 Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder Rehasportverein

Bewegungsmangel ist eine wesentliche Ursache für viele der sogenannten Volkskrankheiten, die Förderung von Bewegung eines der wichtigsten Ziele von Prävention. Eine zentrale Rolle spielt der organisierte Sport mit über 80.000 Sportvereinen (Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbundes). Um Anreize für eine dauerhafte sportliche Betätigung und die Beteiligung an einem breiteren, aber dennoch gesundheitsorientierten Spektrum von Angeboten der Vereine zu setzen, wird die nachgewiesene aktive regelmäßige sportliche Betätigung im Sportverein oder Rehasportverein bonifiziert.

Regelmäßigkeit liegt dann vor, wenn die sportliche Aktivität im Verein mindestens zwei Mal im Monat ausgeübt wird, es sei denn, die Ausübung ist wegen Krankheit, Urlaub (3 Wochen und länger), berufsbedingter Abwesenheit, zeitweiser Einstellung des Trainingsbetriebs

durch den Verein oder aufgrund höherer Gewalt (z.B. Pandemien) nicht in dem geforderten Umfang möglich.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 bonifiziert.

2.3.2.5 Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio

Teilnehmer, die sich nachweislich regelmäßig sportlich im Fitnessstudio betätigen, erhalten nach Bestätigung des Trainers/Verantwortlichen des Fitnessstudios auf dem dafür vorgesehenen Scheck einen Bonus. Voraussetzung für die Anerkennung ist die Zertifizierung des Fitnessstudios nach DIN EN 17229 und DIN 33961 oder die Beschäftigung ausreichend qualifizierten Personals (Sportwissenschaftler, Sportlehrer, Physiotherapeuten oder Fitnesstrainer mit mindestens einer B-Lizenz).

Regelmäßigkeit liegt dann vor, wenn die sportliche Aktivität im Fitnessstudio mindestens zwei Mal im Monat ausgeübt wird, es sei denn, die Ausübung ist wegen Krankheit, Urlaub (3 Wochen und länger), berufsbedingter Abwesenheit, zeitweiser Einstellung des Trainingsbetriebs durch den Verein oder aufgrund höherer Gewalt (z.B. Pandemien) nicht in dem geforderten Umfang möglich.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 bonifiziert.

2.3.2.6 Teilnahme Breitensport/Ablegung Sportabzeichen

Teilnehmer, die eine aktive Teilnahme an mindestens zwei Breitensportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung (die Maßnahme muss durch eine qualifizierte Übungsleitung durchgeführt werden und/oder von einem Sportverband anerkannt sein) oder die Ablegung eines Sportabzeichens eines qualifizierten Sportverbandes (z.B. Leistungsabzeichen des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes) nachweisen, erhalten einen Bonus.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck oder durch Vorlage der Teilnahme-Urkunden gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 maximal einmal bonifiziert.

2.3.2.7 Teilnahme Betriebssport/Hochschulsport

Teilnehmer, die regelmäßig an Bewegungsangeboten einer Betriebs- oder Hochschulsportgruppe teilnehmen, erhalten einen Bonus.

Regelmäßigkeit liegt dann vor, wenn die sportliche Aktivität mindestens zwei Mal im Monat ausgeübt wird, es sei denn, die Ausübung ist wegen Krankheit, Urlaub (3 Wochen und länger), berufsbedingter Abwesenheit, zeitweiser Einstellung des Trainingsbetriebs durch den Verein oder aufgrund höherer Gewalt (z.B. Pandemien) nicht in dem geforderten Umfang möglich.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle und Pkt. 2.3.2 bonifiziert.

2.3.2.8 Schwangerenvor- und –nachsorge

Weibliche Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes alle nach § 24d SGB V i.V.m. den Mutterschaftsrichtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung vorgeschriebenen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben.

Der Bonus wird bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonus-scheck pro Schwangerschaft einmal gewährt.

2.4 Gesundheitsleistungen

Wählt der Versicherte einen Zuschuss zu Gesundheitsleistungen, kann das Guthaben für die Bezuschussung von privat finanzierten Gesundheitsleistungen genutzt werden, welche die Gesundheit des Teilnehmers stärken und/oder Krankheiten vorbeugen. Ferner kann das Guthaben für Leistungen genutzt werden, deren gesetzlicher oder satzungsrechtlicher Anspruch ausgeschöpft ist oder bei denen keine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Ausdrücklich ausgenommen sind medizinisch-kosmetische Leistungen (z.B. die Entfernung von Tätowierungen, Botox-Behandlungen), Leistungen, zu denen ein negativer Bewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorliegt sowie ästhetische Operationen außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. Facelifting, Fettabsaugung).

Bezuschussungsfähig sind:

- individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte erbracht werden: Hautkrebsvorsorge, Glaukom-Vorsorgeuntersuchungen, Knochendichtemessung, Bestimmung der Blutgruppe oder des PSA-Wertes, Blutuntersuchungen, sportmedizinische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, Stoßwellentherapie
- Medizinische Tastuntersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs durch anerkannte Medizinische Tastuntersucherinnen („Discovering Hands")
- Naturheilverfahren und alternative Medizin: Akupunktur bei Migräne und Allergien, wenn die Leistung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte erbracht wird
- Nicht verschreibungs-, aber apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt,
- Mitgliedsbeiträge für Fitnessstudios, Sport- und Rehasportvereine
- Gesundheits- und Präventionskurse: z.B. Pilates, Rückenschule, Yoga, Suchtprävention, Entspannungstechniken, spezielle Kinder-Präventionskurse
- Präventionsangebote der BKK_DürkoppAdler und ihrer Kooperationspartner: z.B. BKK-Aktivwoche, fitforwell-Programm
- Professionelle Zahnreinigung, Zahnersatz und Zahnkronen, Zahnsteinentfernung, Fissurenversiegelung, Kariesinfiltration, Vorbehandlungen von Parodontosebehandlungen, Kunststofffüllungen, Inlays, Anästhesien bei Angstpatienten, Glattflächenversiegelung bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband, wenn die Behandlung durch an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-)Ärzte erbracht wird
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitszustandes
- Sehhilfen (Brillengläser [ohne Sonnenschutzgläser] und Kontaktlinsen) mit Ausnahme von Brillenfassungen und Pflegemitteln für Brillen und Kontaktlinsen

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen muss im Bonusjahr erfolgt sein und durch Vorlage der spezifizierten und personifizierten Rechnungen/Quittungen nachgewiesen werden. Die Rechnungen und Quittungen sind im Original zusammen mit dem Bonusantrag einzureichen. Bei Kosten unterhalb des jeweils gutgeschriebenen Bonusbetrages werden maximal die entstandenen Aufwendungen erstattet.

Werden der BKK_DürkoppAdler keine Originalrechnungen oder Original-Teilnahmebestätigungen (bei Übermittlung per E-Mail oder über die Online-Geschäftsstelle) vorgelegt, sind diese vom Versicherten vier Jahre aufzubewahren und der BKK_DürkoppAdler auf Verlangen vorzulegen. Die vierjährige Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Ablauf des Kalenderjahres, für das die Erstattung beantragt wurde.
Das Bonusguthaben bzw. nicht abgerufenes Bonusguthaben ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige, und nicht auf das nächste Bonusjahr übertragbar.

3 Gegenstand ViDAplus Kids Programm

3.1 Bonifizierung ViDAplus Kids

Die BKK_DürkoppAdler belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten bei Durchführung festgelegter Maßnahmen mit einer Sachprämie. Anspruchsberechtigte des Programms ViDAplus Kids können zwischen verschiedenen Gutscheinen, deren Wert dem des erreichten Euro-Betrages entspricht, wählen. Eine Aufteilung des Bonusguthabens auf verschiedene Gutscheine ist nicht möglich.

3.2 Bonusschecks ViDAplus Kids

Zur Dokumentation der Maßnahmen erhalten die Anspruchsberechtigten bzw. die gesetzlichen Vertreter Schecks. Der Versicherte bzw. gesetzliche Vertreter trägt dafür Sorge, dass der Leistungserbringer oder Veranstalter sein gesundheitsbewusstes Verhalten quittiert. Eventuell für eine Bestätigung der Maßnahme verauslagte Kosten des Versicherten werden nicht erstattet. Die Schecks sind gültig für das jeweilige Kalenderjahr.

3.3 Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V

Die bonifizierbaren Maßnahmen sowie die Höhe der Boni (als Sachleistung in Form von Gutscheinen) ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle. Die BKK_DürkoppAdler unterscheidet dabei nach Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V und § 65a Abs. 1a SGB V. Die Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V unterliegen der Evaluation nach § 65a Abs.3 SGB V.

3.3.1 Bonusfähige Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V

Folgende Leistungen gemäß der §§ 20i, 25, 25a und 26 SGB V sind im Rahmen des Programms ViDAplus Kids nach Maßgabe des § 65a Abs. 1 SGB V bonusfähig (Erläuterung s. Pkt. 3.3.1.1 bis 3.3.1.2):

Maßnahmen	Bonuspauschale
Kinderuntersuchungen (U-Untersuchungen) • U1 • Pulsoxymetrie-Screening • Erweitertes Neugeborenen-Screening • Screening auf Mukoviszidose • Neugeborenen-Hörscreening • U2 • U3 • Screening auf Hüftgelenksdysplasie und –luxation • U4 • U5 • U6 • U7 • U7a • U8 • U9 • J1	10,00 Euro je Maßnahme
Impfungen gemäß STIKO	5,00 Euro je Impfung

3.3.1.1 Kinder- und Jugenduntersuchungen (U-Untersuchungen, J-Untersuchungen)

Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche können ein wichtiger Baustein zur gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendlichenalter sein. Es ist wichtig, dass bei den U- und J-Untersuchungen der allgemeine Gesundheitszustand und die altersgemäße

Entwicklung eines Kindes bzw. eines Jugendlichen regelmäßig ärztlich überprüft werden. So können mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden.
Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 26 SGB V festgelegt. Die Inhalte, Zeitpunkte und Struktur des Untersuchungsprogramms legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) fest. Dokumentiert werden die U- bzw. J-Untersuchungen im gelben Kinder-Untersuchungsheft. Folgende U- und J-Untersuchungen werden bonifiziert:

- U1 (Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach der Geburt)
- Pulsoxymetrie-Screening (bis zum 3. Lebenstag)
- Erweitertes Neugeborenen-Screening (2. bis 3. Lebenstag)
- Screening auf Mukoviszidose (bis zum 3. Lebenstag)
- Neugeborenen-Hörscreening (bis zum 3. Lebenstag)
- U2 (3. bis 10. Lebenstag)
- U3 (4. bis 5. Lebenswoche)
- Screening auf Hüftgelenksdysplasie und –luxation (4. bis 5. Lebenswoche)
- U4 (3. bis 4. Lebensmonat)
- U5 (6. bis 7. Lebensmonat)
- U6 (10. bis 12. Lebensmonat)
- U7 (21. bis 24. Lebensmonat)
- U7a (34. bis 36. Lebensmonat)
- U8 (46. bis 48. Lebensmonat)
- U9 (60. bis 64. Lebensmonat)
- J1 (13. bis 14. Lebensjahr)

Die Untersuchungen werden im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 3.3.1 bonifiziert.

3..3.1.2 Impfungen

Nehmen versicherte Kinder und Jugendliche Impfungen gemäß § 20i SGB V i.V.m. § 12b der Satzung der BKK_DürkoppAdler in Anspruch, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) unter den Kategorien „S" und „A" sowie „I" oder von der BKK_DürkoppAdler gemäß Satzung übernommen werden, erhalten sie einen Bonus. Davon ausgenommen sind Impfungen anderer Kategorien, die beispielsweise in den Zuständigkeitsbereich des Arbeitgebers fallen. Eine Impfung kann dabei auch mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig sind. Auch Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z.B. Tetanus-Diphtherie-Impfung), zählen als eine Impfung im Sinne des ViDAplus Programms. Dies gilt auch für Impfserien, die zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes erforderlich sind (z.B. bei Tetanus).

Die Impfungen werden im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 3.3.1 bonifiziert.

3.3.2 Bonusfähige Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

Folgende Leistungen sind im Rahmen des Programms ViDAplus Kids nach Maßgabe des § 65a Abs. 1a SGB V bonusfähig (Erläuterung s. Pkt. 3.3.2.1 bis 3.3.2.4):

Maßnahme	Bonuspauschale
Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (Kinder- und Jugenduntersuchungen) • U10 • U11 • J2	10,00 Euro je Maßnahme
Zahnvorsorge	10,00 Euro je Vorsorge
Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	10,00 Euro
Teilnahme Breitensport/Ablegung Sportabzeichen	10,00 Euro

3.3.2.1 Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (Kinder- und Jugenduntersuchungen)

Neben den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V werden zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche empfohlen. Folgende Vorsorgeuntersuchungen werden bonifiziert, wenn sie von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin durchgeführt werden:

- U10
- U11
- J2

Die Untersuchungen werden im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 3.3.2 bonifiziert.

3.3.2.2 Zahnvorsorge

Versicherte Kinder und Jugendliche haben gemäß § 22 SGB V i.V.m. den entsprechenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung zwischen dem 6. und dem 72. Lebensmonat Anspruch auf insgesamt sechs zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Ab 6 Jahren besteht einmal pro Kalenderhalbjahr Anspruch auf eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (Individualprophylaxe).

Erfüllt das versicherte Kind/der versicherte Jugendliche die Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Zahnprophylaxeuntersuchung in der Zeit vom 01. Dezember bis 31. Dezember eines Jahres, gelten die Voraussetzungen für die Erlangung eines Bonus auch dann für das Jahr, für das der Bonus beantragt wird, als erfüllt, wenn die Untersuchung spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres durchgeführt wird.

Die Untersuchungen werden im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 3.3.2 bonifiziert.

3.3.2.3 Aktive Mitgliedschaft im Sportverein

Bewegungsmangel ist eine wesentliche Ursache für viele der sogenannten Volkskrankheiten, die Förderung von Bewegung eines der wichtigsten Ziele von Prävention. Eine zentrale Rolle spielt der organisierte Sport mit über 80.000 Sportvereinen (Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbundes). Um Anreize für eine dauerhafte sportliche Betätigung und die Beteiligung an einem breiteren, aber dennoch gesundheitsorientierten Spektrum von Angeboten der Vereine zu setzen, wird die nachgewiesene regelmäßige sportliche Betätigung im Sportverein bonifiziert.

Regelmäßigkeit liegt dann vor, wenn die sportliche Aktivität im Verein mindestens zwei Mal im Monat ausgeübt wird, es sei denn, die Ausübung ist wegen Krankheit, Urlaub (drei Wochen und länger), berufsbedingte Abwesenheit, zeitweise Einstellung des Trainingsbetriebes durch den Verein oder durch höhere Gewalt (z.B. Pandemien) nicht in dem geforderten Umfang möglich.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 3.3.2 bonifiziert.

3.3.2.4 Teilnahme Breitensport/Ablegung Sportabzeichen

Bonusberechtigte, die die Teilnahme an mindestens zwei Breitensportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung (die Maßnahme muss unter qualifizierter Übungsleitung durchgeführt werden und/oder einem Sportverband anerkannt sein) oder die Ablegung eines Sportabzeichens eines qualifizierten Sportverbandes (z.B. Leistungsabzeichen des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes) nachweisen, erhalten einen Bonus.

Die Maßnahme wird im Jahr der Durchführung bei entsprechender Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Bonusscheck gemäß der Tabelle unter Pkt. 3.3.2 bonifiziert.

4 Bonusscheckverfahren ViDAplus Programme

4.1 ViDAplus Bonusschecks

Auf Anforderung stellt die BKK_DürkoppAdler ihren Versicherten Bonusschecks zur Verfügung, deren Gültigkeit auf ein Kalenderjahr befristet ist und in denen die Inanspruchnahme von Maßnahmen des Bonusberechtigten durch den Leistungserbringer oder Veranstalter – wie vorstehend beschrieben – bestätigt und nachgewiesen werden.

4.2 Rückgabe der Bonusschecks

Nach Ablauf des Kalenderjahres soll der Versicherte die bestätigten Bonusschecks (ViDAplus Programme) bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres (Posteingangsstempel BKK_DürkoppAdler) einreichen. Eine Rückgabe einzelner oder aller bestätigten Bonusschecks kann auch unterjährig erfolgen. Allerdings stellt die BKK_DürkoppAdler dem Teilnehmer am ViDAplus Programm erst zum Jahreswechsel für das nächste Kalenderjahr gültige neue Bonusschecks zur Verfügung. Die Schecks sind jeweils für ein Kalenderjahr gültig. Die Zeiträume der Gültigkeit schließen nahtlos aneinander an.

4.3 Gewährung des Bonus

Eine Gewährung des Bonus erfolgt auf Antrag des Versicherten, bei Versicherten vor Vollendung des 15. Lebensjahres durch deren gesetzliche Vertretung. Die Gewährung des Bonus für die Bezuschussung von anerkannten Gesundheitsleistungen im Rahmen des ViDAplus Programms (s. Pkt. 2.4) erfolgt auf der Grundlage der vom Versicherten eingereichten Zahlungsbelege aus dem Bonusjahr. Der Zuschuss ist auf höchstens den Rechnungsbetrag begrenzt. Ein mögliches Restguthaben kann nicht ausgezahlt werden. Eine Kombination der Boni (Geldprämie und Zuschuss zu Gesundheitsleistungen) ist bei der Einlösung des Bonus nicht möglich.

4.4 Übertragung und Verfall der Boni

Die Boni können nicht für Gesundheitsleistungen aus anderen Jahren als dem Kalenderjahr genutzt werden, für das der Bonusscheck ausgestellt wurde. Die Boni sind nicht übertragbar.

5 Beendigung der Inanspruchnahme

5.1 Beendigung der Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme der ViDAplus Programme kann jederzeit beendet werden. Erreichte Boni sollen zeitnah nach Beendigung, spätestens jedoch bis zum 31.03. des Folgejahres (Posteingangsstempel BKK_DürkoppAdler) eingereicht werden.

5.2 Ende der Versicherung bei der BKK_DürkoppAdler

Endet die Versicherung bei der BKK_DürkoppAdler, endet automatische die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Boni aus den ViDAplus Programmen mit dem letzten Tag der Versicherung. Zur Gewährung eines Bonus bei Beendigung der Versicherung gelten die Voraussetzungen unter Ziffer 4 entsprechend.

5.3 Missbräuchliche Nutzung der ViDAplus Programme

Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung der ViDAplus Programme, z.B. durch Manipulation des Bonus aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Boni unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die BKK_DürkoppAdler Teilnehmer mit sofortiger Wirkung von dem Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können verfallen. Wurde ein Versicherter von der Teilnahme an den ViDAplus Programmen ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung zu einem Bonusprogramm als nicht anspruchsberechtigt.

6 Allgemeines

6.1 Ausschließlichkeit

Nur die von vornherein vorgesehenen Maßnahmen werden bonifiziert. Eine Substitution ist nicht zulässig. Ebenfalls muss die Durchführung durch die in diesen Ausführungsbestimmungen genannten Stellen (z.B. niedergelassener Arzt, Gesundheitskurse der BKK oder anderer vertraglich gebundener Veranstalter, Urkunden) erfolgt sein.

6.2 Höchstgrenze

Jedes Angebot kann pro Kalenderjahr bzw. Schwangerschaft (Schwangerenvor- und –nachsorge) nur gemäß der Ausführungen unter Pkt. 2.3.1.1 bis 2.3.1.11, Pkt. 2.3.2.1 bis 2.3.2.8, Pkt. 3.3.1.1 bis 3.3.1.2 und Pkt. 3.3.2.1 bis 3.3.2.4 prämiert werden. Die Ausgabe von mehr als einem Scheck je Bereich pro Kalenderjahr oder Schwangerschaft (Ausnahme: Verlust des Schecks) und/oder die Erweiterung über die unter Pkt. 2.3 oder Pkt. 3.3 genannten Maßnahmen hinaus ist nicht zulässig.

6.3 Vereinbarkeit mit dem Leistungskatalog der GKV

Es werden im Rahmen der Bonusgewährung nach § 65a Abs. 1 SGB V keine Maßnahmen prämiert, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören (z.B. IGeL-Angebote) bzw. deren gesundheitlicher Nutzen in Frage steht.

Sofern dem Versicherten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Erreichung von Boni Kosten entstehen, werden diese von der BKK_DürkoppAdler nicht erstattet, es sei denn, der Leistungsumfang der GKV sieht eine Kostenübernahme vor.

6.4 Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Sollten sich rechtliche Voraussetzungen und/oder Richtlinien zur Umsetzung der nach Pkt. 2.3 oder Pkt. 3.3 bonifizierbaren Maßnahmen ändern, werden entsprechende Nachfolge-Untersuchungen im Rahmen der ViDAplus Programme bonifiziert. Dies betrifft insbesondere Änderungen der §§ 20, 22, 25 und 26 SGB V. Sollten gesetzliche, aufsichtsbehördliche oder gerichtliche Maßnahmen der Durchführung der ViDAplus Programme die Grundlage entziehen, kann die BKK_DürkoppAdler die Programme mit sofortiger Wirkung beenden. Der Anspruch auf die weitere Teilnahme erlischt in diesem Fall ebenfalls mit sofortiger Wirkung. Sollte es zu Änderungen kommen, werden diese en Teilnehmern an den ViDAplus Programmen bekannt gegeben.

6.5 Nachweis der Wirksamkeit

Gemäß § 65a Abs. 3 SGB V muss die BKK_DürkoppAdler gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig (mindestens alle drei Jahre) den Nachweis führen, dass die bonifizierten Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V zu Einsparungen bzw. Effizienzsteigerungen geführt haben. Zu diesem Zweck werden in einer noch zu definierenden Stichprobe eingereichte Bonusschecks durch die BKK_DürkoppAdler ausgewertet.

7 Datenschutz

7.1 Ablage der eingereichten Unterlagen

Unterlagen werden in den Geschäftsräumen der BKK_DürkoppAdler abgelegt bzw. elektronisch archiviert.

7.2 Aufbewahrungsfristen

Sowohl elektronisch gespeicherte Daten als auch die Bonusschecks werden bei den ViDAplus Programmen entsprechend der geltenden gesetzlichen Aufbewahrungsfristen aufbewahrt und grundsätzlich nach sechs Jahren zum Ablauf des Kalenderjahres, gerechnet vom Tag der Speicherung/des Eingangs an, gelöscht bzw. vernichtet. Das gilt auch für Daten von bereits aus der Versicherung bei der BKK_DürkoppAdler ausgeschiedenen Teilnehmern zum Nachweis der Wirksamkeit.

Anlage zu § 14a der Satzung

Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Voraussetzungen für die Bonusgewährung nach § 14a für die Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

1. **Bonus**
   Versicherte der BKK_DürkoppAdler erhalten einen Bonus in Höhe von 50 Euro für die erste erfolgreiche Teilnahme an einer Maßnahme nach Ziffer 2 und einen Bonus in Höhe von 25 Euro für jede weitere erfolgreiche Teilnahme, maximal aber 100 Euro pro Kalenderjahr.

   Eine Teilnahme ist dann erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der jeweiligen Maßnahme durch den Teilnehmer absolviert wurden.

   Die Gewährung eines Bonus nach § 14a Absatz 3 schließt die Gewährung eines Bonus für dieselbe Maßnahme nach § 14 aus. Wurde für eine Maßnahme, für die ein Bonus nach § 14a beantragt wird, bereits nach § 14 bonifiziert, wird dieser Bonus auf den Bonus nach § 14a angerechnet.

2. **Bonifizierbare Maßnahmen**
   Bonifiziert werden qualitätsgesicherte und durch die Prüfstelle Prävention zertifizierte Maßnahmen gemäß dem „Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21.Juni 2000" des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung aus den Handlungsfeldern

   - Bewegung
   - Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
   - Stressbewältigung oder Entspannung sowie
   - Suchtmittelkonsum,

   die der individuellen gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung dienen, an denen nicht mehr als 15 Personen teilnehmen und die eine Gesamtdauer von mindestens 6 Zeitstunden umfassen

3. **Nachweis und Verfahren**
   Der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme erfolgt durch vom Kursleiter geführte Teilnehmerlisten. Die Bonusauszahlung erfolgt jeweils nach Beendigung der absolvierten Maßnahme und ist durch den BKK_DürkoppAdler-versicherten Beschäftigten zu beantragen.

4. **Geltendmachung des Bonusanspruchs**
   Der Bonusanspruch soll innerhalb von 6 Monaten nach Ende des mit der BKK_DürkoppAdler nach § 14a Absatz 2 geschlossenen Vertrages geltend gemacht werden. Über diesen Zeitpunkt werden die bei der BKK_DürkoppAdler versicherten Beschäftigten nach erfolgreichem Abschluss der jeweiligen Maßnahme gesondert durch die BKK_DürkoppAdler informiert.

5. **Beendigung des Bonusmodells**
   Die BKK_DürkoppAdler behält sich für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung dieses Bonusmodells durch die für die BKK_DürkoppAdler zuständige Aufsichtsbehörde die Beendigung dieses Bonusprogramms vor.

Anlage zu § 16 der Satzung

Wahltarife Krankengeld

§ 1 Teilnahme

(1) Die BKK_DürkoppAdler bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

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

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

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

§ 2 Laufzeit/Bindungsfrist

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

§ 3 Tarifende/Kündigung

(1) Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK_DürkoppAdler.

(2) 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 Bewilligungsbescheides der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als zehn v. H., bezogen auf jeweils ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

§ 4 Obliegenheiten der Teilnehmer

(1) Die Mitglieder müssen die BKK_DürkoppAdler 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 BKK_DürkoppAdler aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlagen der BKK_DürkoppAdler haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

(2) Sie sind verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK_DürkoppAdler nachzuweisen und die BKK_DürkoppAdler über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

(3) Die §§ 60 bis 63, 65, 66 bis 67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

§ 5 Prämien

(1) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

1. für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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

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

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

(2) 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 Wahltarifkrankengeldes nach § 10 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

(3) Während des Bezuges von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

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

(5) Die BKK_DürkoppAdler darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 6 Anspruch

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

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

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

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 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 (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

(4) Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

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

(8) Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

a) mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
b) wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird,
c) die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
d) solange und soweit in der nach § 53 Absatz 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z. B. durch Angestellte) erzielt wird,
e) solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Einkommen erzielt worden wäre

f) wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach dem SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u. a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
g) wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Absatz 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
h) mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zum in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreis,
i) mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK_DürkoppAdler.

(9) Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

(10) 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 Beiträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß § 5 Abs. 5 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet § 6 Abs. 10 keine Anwendung.

(11) Die §§ 16 Absatz 1 bis 3 und 4, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

§ 7 Zahlung

(1) Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des § 6 Absatz 7 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

(2) Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK_DürkoppAdler an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

§ 8 Dauer

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

§ 9 Höhe

(1) Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

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

(2) Die BKK_DürkoppAdler kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben des § 10 dieses Tarifs.

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

(4) Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK_DürkoppAdler sein Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt in geeigneter Form (z. B. Einkommensteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK_DürkoppAdler auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK_DürkoppAdler im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts 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 BKK_DürkoppAdler unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 10 Wechsel

(1) Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen)ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 2 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen bzw. Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK_DürkoppAdler nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der

BKK_DürkoppAdler folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe 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 Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten, gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

(2) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in § 9 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK_DürkoppAdler über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des § 6 Absatz 3 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Datum: 23. Dezember 2020

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

BKK Dürkopp_Adler
Stieghorster Str. 66
33605 Bielefeld

Aktenzeichen
IIIB3-PA.3006-2020/03699
bei Antwort bitte angeben

Gabriele Wahl-Diedrichs
Telefon 0211 855-4710

Aufsicht.NRW@mags.nrw.de

Satzung

<u>hier:</u> Neufassung der Satzung der BKK Dürkopp_Adler

Ihr Schreiben vom 22.12.2020

Sehr geehrte Frau Löhr,

aufgrund Ihres o. g. Schreibens ergeht folgender

Bescheid:

Die Satzung der BKK Dürkopp_Adler wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

<u>Begründung:</u>

Einer Begründung bedarf es nach § 35 Abs. 2 Nr. 1 SGB X nicht.

Der Verwaltungsrat hat der Satzungsneufassung zugestimmt.

Die mit einem Genehmigungsvermerk versehene Ausfertigung der Satzung wird zu einem späteren Zeitpunkt verschickt. Für die Genehmigung selber ist dies ohne Bedeutung, da diese mit diesem Bescheid erteilt wurde.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Wahl-Diedrichs

Wahl-Diedrichs

Dienstgebäude und Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium