



Satzung

der actimonda krankenkasse

Körperschaft des öffentlichen Rechts

in der Fassung des 21. Satzungsnachtrags vom 17.06.2020

Übersicht zur Satzung

Abschnitt A Verfassung	4
§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK	4
§ 2 Verwaltungsrat	5
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsverfahren	8
§ 5 Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV	8
Abschnitt B Mitgliedschaft und Beiträge	11
§ 6 Kreis der versicherten Personen	11
§ 7 Kündigung der Mitgliedschaft	12
§ 8 Aufbringung der Mittel	13
§ 9 Bemessung der Beiträge	13
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	13
§ 11 Zusatzbeitrag	14
§ 12 Erhebung von Mahngebühren/Beitragsvorschüssen	14
§ 13 Höhe der Rücklage	14
Abschnitt C Leistungen	15
§ 14 Leistungen	15
§ 14a Persönliche elektronische Gesundheitsakte	18
§ 14b (zurzeit nicht besetzt)	19
§ 14c Zusätzliche Leistung Professionelle Zahnreinigung	19
§ 14d Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer	20
§ 14e Zusätzliche stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer	20
§ 14f Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)	21
§ 14g Sehhilfen	22
§ 14h Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	22
§ 14i Kinesiologisches Taping	23
§ 15 Kostenerstattung Wahlarzneimittel	23
§ 16 Primärprävention	24
§ 17 Schutzimpfungen	25
§ 18 Leistungsausschluss	26
§ 19 Medizinische Vorsorgeleistungen	26
§ 20 Kooperation mit der PKV	27
Abschnitt D Bonusprogramm, Wahltarife	28
§ 21 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	28

<i>§ 21a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung</i>	30
<i>§ 21b Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung</i>	31
<i>§ 22 Wahltarif Prämienzahlung</i>	32
<i>§ 23 (zurzeit nicht besetzt)</i>	33
<i>§ 24 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung</i>	33
<i>§ 25 Wahltarif besondere Versorgung</i>	34
<i>§ 26 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme</i>	34
<i>§ 27 (zurzeit nicht besetzt)</i>	35
<i>§ 28 Wahltarife Krankengeld</i>	35
Abschnitt E Aufwendungsausgleichskasse	46
<i>§ 29 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Absatz 2 AAG</i>	46
Abschnitt F Abschließende Bestimmungen	47
<i>§ 30 Aufsicht</i>	47
<i>§ 31 Mitgliedschaft zum Landesverband</i>	47
<i>§ 32 Bekanntmachungen</i>	47
<i>§ 33 Inkrafttreten</i>	47

Abschnitt A Verfassung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK

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

actimonda BKK sowie die Kurzbezeichnung actimonda krankenkasse.

²Sie ist am 01.01.2014 errichtet worden und hervorgegangen aus den bisher selbständigen Betriebskrankenkassen actimonda krankenkasse, Aachen und Heimbach, Düren.

³Die BKK hat ihren Sitz in Aachen.

(2) ¹Der Bereich der BKK erstreckt sich auf die Betriebe

1. ANKER Gebr. Schoeller GmbH + Co. KG, Düren¹,
2. William Prym Holding GmbH & Co. KG in Stolberg²,
3. Prymtec GmbH & Co. KG, Stolberg,
4. Aurubis Stolberg GmbH & Co. KG in Stolberg,
5. Inovon³ GmbH & Co. KG in Birkenfeld und Stolberg²,
6. Prym Consumer Europe GmbH in Stolberg und Alsdorf²,
7. Verwaltung der Köln-Düsseldorfer Deutsche Rheinschiffahrt AG, Köln, deren technischen Betrieb in Köln-Niehl, den nautisch-technischen Bereich der Schiffe der Gesellschaft, die ihren Heimathafen in Köln oder Düsseldorf haben,
8. Zanders-Abwicklungs GmbH in Bergisch Gladbach²,
9. KANZAN Spezialpapiere GmbH in Düren und
10. Vorwerk & Co. KG in Wuppertal,
11. Vorwerk Elektrowerke GmbH & Co. KG in Wuppertal,
12. Vorwerk Deutschland Stiftung & Co. KG in Wuppertal und den angeschlossenen Betrieben im gesamten Bundesgebiet,
13. Vorwerk & Co. Interholding GmbH in Wuppertal,
14. Vorwerk & Co. Teppichwerke GmbH & Co. KG in Hameln,
15. HECTAS Facility Services Stiftung & Co. KG in Wuppertal und den angeschlossenen Betrieben in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen²,
16. HECTAS Sicherheitsdienste GmbH in Wuppertal und den angeschlossenen Betrieben in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen²,
17. Vorwerk Tele-Service GmbH in Wuppertal²,

¹ § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr.1 geändert m.W.v. 13.12.2014 durch Art. I Nr. 1 des 3. Sitzungsnachtrages vom 15.09.2014

² § 1 Abs. 2 geändert m. W. v. 10.01.2020 durch Art. I Nr. 1 bis 17 des 18. Sitzungsnachtrages vom 26.11.2019

³ § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und 6 geändert m. W. v. 16.01.2019 durch Art. I Nr. 1 des 15. Sitzungsn. vom 29.05.2018

18. ZEDA Gesellschaft für Datenverarbeitung und EDV-Beratung mbH & Co. in Wuppertal²,
19. prolog professional logistics Beteiligungsgesellschaft mbH in Wuppertal²,
20. Brugmann GmbH & Co. in Wuppertal²,
21. Pfeifer & Langen GmbH & Co.KG Hauptverwaltung in Köln und den Betriebsstätten in Elsdorf, Euskirchen, Grevenbroich, Jülich, Kalkar, Lage und Könnern²,
22. ISG Informatik Service KG in Köln²,
23. Heimbach GmbH in Düren²,
24. Firma Heimbach Filtration GmbH, An Gut Nazareth 73, 52353 Düren

²Der Bereich der actimonda krankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) ¹Das Selbstverwaltungsorgan der BKK ist der Verwaltungsrat. ²Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

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

(3) ¹Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. ²Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, beginnend mit der konstituierenden Sitzung.

(4) ¹Dem Verwaltungsrat der BKK gehören

- 10 Versichertenvertreter und
- 10 Arbeitgebervertreter

an. ²Jeder Versichertenvertreter und jeder Arbeitgebervertreter hat eine Stimme.

(5) ¹Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. ²Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

4. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist,
5. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
6. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
7. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
8. den Vorstand zu überwachen,
9. die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
10. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
11. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,

(6) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(7) Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.

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

(9) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

(10) ¹Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. ²Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(11) ¹Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. ²Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der BKK gehört ein Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) ¹Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. ²Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/s vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
 6. die BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK.
- (5) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsverfahren

- (1) Zur Entscheidung über die Widersprüche und den Erlass von Widerspruchsbescheiden wird der Vorstand der actimonda krankenkasse bestimmt.
- (2) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt der Vorstand.
- (3) Der Vorstand wird des Weiteren dazu bestimmt, die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absätze 1 u. 2 SGB IV i.V.m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 OWiG wahrzunehmen.

§ 5 Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV

(1) Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

a) Tage-/Übernachtungsgeld

¹Tagegeld wird nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes erstattet. ²Das Tagegeld übersteigende Aufwendungen werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. ³Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Absatz 2 Bundesreisekostengesetz (BRKG) zu kürzen. ⁴Übernachtungsgeld wird nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes erstattet. ⁵Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

b) Fahrkosten

¹Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt. ²Dabei können erstattet werden:

- aa) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- bb) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- cc) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz 2 des BRKG jeweils geltenden Sätze.

- dd) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75⁴ EUR.

3. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag

¹Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag werden für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt. ²Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

(2) Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

¹Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 450⁵⁶ EUR. ²Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 450⁷⁸ EUR. ³Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

¹Die dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen sind in Höhe der tatsächlichen Kosten zu erstatten. ²Bei nicht oder nur schwer nachweisbaren Kosten (z. B. Telefongespräche) genügt die Glaubhaftmachung durch Einzelaufstellung und schriftliche Erklärung.

(3) Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

¹Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrag des Verwaltungsrates oder des Vorsitzen-

⁴ § 5 Abs. 1 Nr. 2 geändert m.W.v. 01.06.2019 durch Art. I Nr. 1 des 17. Sitzungsnachtrages vom 25.06.2019

⁵ § 5 Abs. 2 Nr. 1 geändert m.W.v. 01.04.2014 durch Art. I Nr. 1 des 2. Sitzungsnachtrages vom 14.05.2014

⁶ § 5 Abs. 2 Nr. 2 geändert m.W.v. 01.06.2019 durch Art. I Nr. 2 des 17. Sitzungsnachtrages vom 25.06.2019

⁷ § 5 Abs. 2 Nr. 2 geändert m.W.v. 01.04.2014 durch Art. I Nr. 2 des 2. Sitzungsnachtrages vom 14.05.2014

⁸ § 5 Abs. 2 Nr. 2 geändert m.W.v. 01.06.2019 durch Art. I Nr. 3 des 17. Sitzungsnachtrages vom 25.06.2019

den bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder eines Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2.
²Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. ³Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Abschnitt B Mitgliedschaft und Beiträge

§ 6 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der BKK versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.⁹

(2) Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen nur dann beitreten, wenn sie das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie ihren Wohnsitz innerhalb des in § 1 Absatz 2 der Satzung genannten Bereichs haben,
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat,
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der BKK versichert ist,¹⁰
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der BKK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. oder sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und ihr Wohn- oder Beschäftigungsort innerhalb des Bereichs liegt, für den die Betriebskrankenkasse geöffnet oder der Verband der Betriebskrankenkassen zuständig ist.

⁹ § 6 Abs. 1 neu gefasst m. W. v. 10.01.2020 durch Art. I Nr. 19 des 18. Satzungsantrages vom 26.11.2019

¹⁰ § 6 Abs. 4 Nr. 3 geändert m.W.v. 31.03.2015 durch Art. I Nr. 1 des 5. Satzungsantrages vom 06.02.2015

§ 7 Kündigung der Mitgliedschaft

(1) ¹Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der BKK mindestens 18 Monate gebunden. ²Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. ³Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. ⁴Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) ¹Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. ²Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem besonderen Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. ³Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. ⁴Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. ¹¹

(3) ¹Erklärt das freiwillige Mitglied wegen der bestehenden Voraussetzungen einer Familienversicherung schriftlich seine Kündigung, so endet die Mitgliedschaft mit dem Beginn der Familienversicherung bei der neuen Kasse, wenn die Kündigung ¹²innerhalb von 2 Monaten erklärt wird, ansonsten mit dem Tag des Eingangs der Erklärung. ¹³ ²Absatz 1 Satz 4 gilt nicht.

(4) nicht genehmigt
¹⁴

¹¹ § 7 Abs. 2 geändert m.W.v. 01.01.2015 durch Art. I Nr. 1 des 4. Satzungsantrages vom 28.11.2014

¹² § 7 Abs. 3 geändert m.W.v. 18.12.2015 durch Art. I Nr. 1 des 6. Satzungsantrages vom 25.06.2015

¹³ § 7 Abs. 3 geändert m.W.v. 31.03.2015 durch Art. I Nr. 2 des 5. Satzungsantrages vom 06.02.2015

¹⁴ § 7 Abs. 5 geändert m.W.v. 18.12.2015 durch Art. I Nr. 2 des 6. Satzungsantrages vom 25.06.2015

§ 8 Aufbringung der Mittel

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

§ 9 Bemessung der Beiträge

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

(1) ¹Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. ²Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

(2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich¹⁵ des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

(3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die zu zahlenden Beiträge am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig. (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V)¹⁶

¹⁵ § 10 Abs. 2 Satz 1 geändert m.W.v. 01.01.2015 durch Art. I Nr. 2 des 4. Satzungsantrages vom 28.11.2014

¹⁶ § 10 Abs. 3 geändert m.W.v. 31.03.2015 durch Art. I Nr. 3 des 5. Satzungsantrages vom 06.02.2015

§ 11 Zusatzbeitrag¹⁷

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes beträgt 1,4¹⁸ % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 12 Erhebung von Mahngebühren/Beitragsvorschüssen

(1) ¹Für die Mahnung nach § 3 Absatz 3 VwVG wird eine Mahngebühr erhoben. ²Die Kosten bemessen sich hierbei nach § 19 Absatz 2 VwVG.¹⁹

(2) Die BKK 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 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

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

§ 13 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20²⁰²¹²² v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

¹⁷ § 11 geändert m.W.v. 01.01.2015 durch Art. I Nr. 3 des 4. Sitzungsnachtrages vom 28.11.2014

¹⁸ § 11 Satz 2, geändert m.W.v 01.01.2020 durch Art. I Nr. 1 des 19. Sitzungsnachtrages vom 26.11.2019

¹⁹ § 12 Abs. 1 geändert m.W.v. 31.03.2015 durch Art. I Nr. 4 des 5. Sitzungsnachtrages vom 06.02.2015

²⁰ § 13 geändert m. W. v. 01.01.2017 durch Art. I Nr. 1 des 10. Sitzungsnachtrages vom 22.11.2016

²¹ § 13 geändert m. W. v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 1 des 14. Sitzungsnachtrages vom 21.11.2017

²² § 13 geändert m. W. v. 24.07.2020 durch Art. I Nr. 1 des 21. Sitzungsnachtrages vom 17.06.2020

Abschnitt C Leistungen

§ 14 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

¹Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.²³

²Versicherte 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

¹Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Ansprüche nach dem SGB XI mit mindestens Pflegegrad 2 nicht bestehen für längstens eine Stunde je Pflegeeinsatz und höchstens 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. ²Die Dauer ist auf vier Wochen je Krankheitsfall begrenzt. ³Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.²⁴

(3) Der Absatz wurde ersatzlos gestrichen.^{25 26}

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

- 1 ¹Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. ²Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

²³ § 14 Abs. 1 neu gefasst m. W. v. 16.11.2018 durch Art. I Nr. 3 des 15. Sitzungsnachtrages vom 01.10.2018

²⁴ § 14 Abs. 2 geändert m. W. v. 18.08.2017 durch Art. I Nr. 1 des 12. Sitzungsnachtrages vom 03.07.2017

²⁵ § 14 Abs. 3 geändert m. W. v. 01.01.2016 durch Art. I Nr. 3 des 6. Sitzungsnachtrages vom 25.06.2015

²⁶ § 14 Abs. 3 geändert m. W. v. 11.04.2016 durch Art. I. Nr. 1 des 8. Sitzungsnachtrages vom 14.03.2016

- 2 Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
- 3 Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.
- 4 Bei schwankendem Arbeitsentgelt wird für die Berechnung des Regelentgelts das Arbeitsentgelt aus den letzten drei vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträumen herangezogen.

(5) Kostenerstattung

1. ¹Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. ²Hierüber haben sie die BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. ³Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK in Anspruch genommen werden. ⁴Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbe-
reiche).

3. ¹Die versicherte Person ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. ²Sie kann die Wahl der Kostenerstattung jederzeit beenden, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat. ³Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.²⁷

4. Die versicherte Person hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. ¹Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. ²Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. ³Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie im Bereich der ambulanten zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung grundsätzlich pauschaliert nach Prozentsätzen des jeweiligen Rechnungsbetrags gestaffelt nach der Rechnungshöhe wie folgt:

²⁷ § 14 Abs. 5 Nr. 3 S.4, gestrichen m.W.v. 01.01.2014 durch Art. I Nr. 2 des 3. Satzungsantrags v. 15.09.2014

Ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich Heil- und Hilfsmitteln

- bis einschließlich 250,00 € werden 46 %,
- von 250,01 - 500,00 € werden 39 % und
- ab 500,01 € werden 23 % des Rechnungsbetrags erstattet.

Ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung

- bis einschließlich 500,00 € werden 43 % und
- ab 500,01 € werden 33 % des Rechnungsbetrags erstattet.

⁴Sollte der Versicherte nicht mit der pauschalierten Kostenerstattung einverstanden sein, kann auf Antrag eine individuelle Abrechnung vorgenommen werden.²⁸

6. ¹Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. ²Es 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. ³Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. ⁴Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H. (maximal 50,00 EUR) für Verwaltungskosten zu kürzen²⁹. ⁵Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. ⁶Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

7. ¹Abweichend von Ziffer 6 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK in Anspruch genommen werden. ²Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem all-

²⁸ § 14 Abs. 5 Nr. 5 S.3 und 4, neu gefasst m.W.v. 16.11.2018 durch Art. I Nr. 2 d. 15. Satzungs nachtrags v. 01.10.2018

²⁹ § 14 Abs. 5 Nr. 6 S. 4 geändert m. W. v. 11.05.2019 durch Art. I Nr. 20 des 18. Satzungs nachtrags v. 26.11.2019

gemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(6)³⁰ Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

¹Die actimonda krankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. ²Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen in den §§ 14 a-i. ³Die zahlungsbegründenden Nachweise sind bis zum 30.06. des Folgejahres einzureichen.

§ 14a³¹ Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V³²

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

(2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der actimonda BKK 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 Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die actimonda BKK.

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

³⁰ § 14 Abs. 6 neu gefasst m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 1 des 13. Sitzungsnachtrags v. 03.07.2017

³¹ § 14a gestrichen m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 2 des 13. Sitzungsnachtrags v. 03.07.2017

³² § 14a neu gefasst m. W. v. 16.01.2019 durch Art. I Nr. 1 des 16. Sitzungsnachtrags v. 21.11.2018

§ 14b (zurzeit nicht besetzt) ³³

§ 14c³⁴ Zusätzliche Leistung Professionelle Zahnreinigung

(1) Versicherte können zusätzlich zu ihren in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüchen je Kalenderjahr eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, soweit die Leistung von einem Zahnarzt durchgeführt oder veranlasst wurde.

(2) Die professionelle Zahnreinigung muss folgende Kriterien erfüllen:

- Überprüfung und/oder Unterweisung in der häuslichen Mundhygiene mit speziellen Maßnahmen (z. B. Anfärben), Inspektion der Zähne und des Zahnfleisches.
- gründliche Zahnreinigung (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne (z.B. mit Pulverstrahlgeräten und speziellen Polierern), der Füllungen und Kronenränder, damit sich für einen gewisse Zeit auf der glatten Oberfläche keine Bakterien mehr festsetzen können.
- Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten.
- ggf. die Abgabe einer Ernährungsempfehlung.

(3) Für Leistungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 erfüllen, übernimmt die actimonda krankenkasse nach Vorlage der Rechnungsoriginale 100 v.H. der Kosten, maximal aber je Versichertem und Kalenderjahr 40 EUR.

³³ § 14 b gestrichen m. W. v. 10.01.2020 durch Art. I Nr. 21 des 18. Sitzungsnachtrags vom 26.11.2019

³⁴ § 14c geändert m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 3 des 13. Sitzungsnachtrags v. 03.07.2017

§ 14d Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

(1) ¹Versicherte können ambulante medizinische Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Der Anspruch setzt voraus, dass die actimonda krankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die eine Behandlung nach Satz 1 einschließt.

(2) ¹Die actimonda krankenkasse schließt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. ²Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. ³Außerdem setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. ⁴Keine Vereinbarungen werden über Leistungen getroffen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden.

(3) ¹Die actimonda krankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. ²Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. ³Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.actimonda.de öffentlich bekannt gemacht. ⁴Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. ⁵Auf Wunsch stellt die actimonda krankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(4) ¹Für die veranlassten Leistungen gilt § 14 Abs. 5 Nr. 4 und 5 entsprechend.³⁵

§ 14e Zusätzliche stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

(1) ¹Die actimonda krankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. ²Voraussetzungen dafür sind, dass:

- a) eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vorliegt und diese von einem Arzt bescheinigt wird,

³⁵ §14d Abs. 4 S. 1, geändert m.W.v. 01.07.2014 durch Art. 1 Nr. 3 des 3. Satzungsantrags vom 15.09.2014

- b) der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet,
- c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist,
- d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der actimonda krankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
- e) die actimonda krankenkasse der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt hat.

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

(3) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die actimonda krankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 14f Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

(1) Die actimonda krankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

(2) Die actimonda krankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

(3) Zur Erstattung sind der actimonda krankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

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

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

§ 14g Sehhilfen

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

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sportbrillen nach Absatz 1 werden zu 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 150,00 € innerhalb von zwei Kalenderjahren ersetzt, bei Folgeanträgen gerechnet vom Datum der der letzten Leistungsgewährung zu Grunde liegenden Rechnung über die Sehhilfe.

(3) Voraussetzung für eine Leistungsgewährung nach Absatz 1 ist, dass das Versicherungsverhältnis zur actimonda krankenkasse bei Antragstellung ungekündigt besteht.

(4) ¹Dem Erstattungsantrag ist die spezifizierte Rechnung des Optikers sowie die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers beizufügen. ²Die Augenglasbestimmung des Optikers kann Bestandteil der Rechnung sein.

§ 14h Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

(1) ¹Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung im Einzelfall³⁶ in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten ³⁷oder³⁸ ihre Verschlimmerung zu vermeiden. ²Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. ³Derartige Risikofaktoren sind:

- a. erhöhtes Körpergewicht
- b. erhöhter Blutdruck
- c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- d. Atemwegserkrankungen
- e. Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
- f. Diabetes
- g. Rauchen
- h. Alkoholmissbrauch³⁹

³⁶ § 14h Abs. 1 S.1, geändert m.W.v. 10.01.2020 durch Art. 1 Nr. 22 des 18. Sitzungsnachtrags vom 26.11.2019

³⁷ § 14h Abs. 1 S.1, geändert m.W.v. 01.01.2014 durch Art. 1 Nr. 3 des 1. Sitzungsnachtrags vom 21.01.2014

³⁸ § 14h Abs. 1 S.1, geändert m.W.v. 30.08.2019 durch Art. 1 Nr. 4 des 17. Sitzungsnachtrags vom 25.06.2019

³⁹ § 14h Abs. 1 S.2 und 3, neu gefasst m.W.v. 16.11.2018 durch Art. 1 Nr. 4 des 15. Sitzungsnachtrags vom 01.10.2018

⁴Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.⁴⁰

(2) ¹Die actimonda krankenkasse erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Sätze 1 und 2 zusammen. ²Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. ³Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind."

§ 14i⁴¹ Kinesiologisches Taping

¹Die actimonda krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für kinesiologisches Taping bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. ²Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch nach § 124 SGB V zugelassene Leistungserbringer der Fachrichtung Physiotherapie als Ergänzung zur Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V, oder entsprechende nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte Leistungserbringer erfolgt, die erfolgreich an einem Grund- oder Einführungskurs zur Anwendung des kinesiologischen Tappings, der theoretischen Grundlagen zur Wirkung und Funktionsweise, Materialkunde, Indikationen und Kontraindikationen sowie Techniken zur Anwendung vermittelt hat, teilgenommen haben und eine ärztliche Verordnung vorliegt. ³Der Zuschuss beträgt 30 € pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch die Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

§ 15 Kostenerstattung Wahlarzneimittel

(1) ¹Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. ²Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der BKK zu wählen.

(2) Der Versicherte hat für die Kostenerstattung die Rechnung der Apotheke im Original sowie die ärztliche Verordnung des substituierten Arzneimittels bei der BKK vorzulegen.

(3) ¹Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten (Erstattungsbetrag). ²Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung

⁴⁰ § 14h Abs. 1 S.4, geändert m.W.v. 16.11.2018 durch Art. 1 Nr. 5 des 15. Satzungsnachtrags vom 01.10.2018

⁴¹ § 14i neu gefasst m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 4 des 13. Satzungsnachtrags v. 03.07.2017

gen sind abzuziehen. ³Etwaige höhere Kosten die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. ⁴Die Festbetragsregelung ist bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages zu berücksichtigen. ⁵Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 16 Primärprävention

(1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK auf Basis des Leitfadens „Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V“ vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität (Gesundheitssportliches Bewegungstraining).
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme (Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken).
2. Ernährung:
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung).
 - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktions-Kurs).
3. Stressmanagement:
 - Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement).
 - Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement).
4. Genuss- und Suchtmittelkonsum:
 - Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens (Kurs zur Nikotin-Entwöhnung).
 - Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

(2) Leistungen, die von der BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

(3) ¹Für ambulante Präventionsleistungen von Fremdanbietern werden die Kosten bei Vorlage einer Teilnahmebescheinigung einschließlich eines Nachweises

über die Teilnahme an mindestens 80% der Kurseinheiten erstattet. ²Der Zuschuss für Leistungen der ambulanten Primärprävention beträgt 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 150 € je Maßnahme. ³Die Förderung durch die actimonda krankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. ⁴²

(4) ¹Der Zuschuss bei einer „BKK-Aktivwoche“ oder bei anderen stationären Präventionsleistungen, welche die Voraussetzungen des Absatz 1 erfüllen, beträgt nach Vorlage der Rechnung und der entsprechenden Teilnahmebescheinigungen für Versicherte maximal 160 EUR, für Kinder ab 6⁴³ Jahren im Familienprogramm maximal 110 EUR. ⁴⁴

§ 17 Schutzimpfungen ^{45 46}

¹Die BKK übernimmt über die Leistungspflicht nach § 20i Absatz 1 SGB V hinaus die von dem Versicherten durch Vorlage der Rechnung nachgewiesenen Kosten

- für Gripeschutzimpfungen, sofern diese nicht als Regelleistung über die eGK abgerechnet werden können,

- für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden und sich die Notwendigkeit der Impfung darüber hinaus auch aus den jeweils aktuellen medizinischen Hinweisen des Auswärtigen Amtes bezogen auf das entsprechende Reiseland ergibt. ⁴⁷

²Die Schutzimpfungen werden als Sachleistung gewährt. ³Kann die Erbringung als Sachleistung im Einzelfall nicht erfolgen, sind die tatsächlich entstandenen Kosten unbegrenzt erstattungsfähig. ⁴⁸ ⁴Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers oder anderer Kostenträger fällt.

⁴² § 16 Abs. 3 S. 2 und 3 geändert m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 5 des 13. Satzungsantrags v. 03.07.2017

⁴³ § 16 Abs. 4 S. 1, geändert m.W.v. 16.11.2018 durch Art. I Nr. 6 des 15. Satzungsantrags vom 01.10.2018

⁴⁴ § 16 Abs. 4, geändert m.W.v. 22.03.2014 durch Art. I Nr. 4 des 1. Satzungsantrags vom 21.01.2014

⁴⁵ § 17, geändert m. W. v. 18.08.2017 durch Art. I Nr. 3 des 12. Satzungsantrages vom 03.07.2017

⁴⁶ § 17 neu gefasst m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 6 des 13. Satzungsantrags v. 03.07.2017

⁴⁷ § 17 S. 1 neu gefasst m.W.v. 16.11.2018 durch Art. I Nr. 7 des 15. Satzungsantrags v. 01.10.2018

⁴⁸ § 17 S. 3 neu gefasst m. W. v. 24.12.2019 durch Art. I Nr. 1 des 20. Satzungsantrags v. 26.11.2019

§ 18 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 zu nehmen.

(2) ¹Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat die versicherte Person der BKK gegenüber schriftlich zu erklären, dass sie 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 sie von der BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass sie bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. ²Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. ³Die BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 19 Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe kalendertäglich 13 EUR.

(2) Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss nach Absatz 1 kalendertäglich 21 EUR.

(3) ¹Die actimonda krankenkasse gewährt gem. § 11 Abs. 6 SGB V folgende über die in den §§ 24c bis 24i SGB V hinaus gehenden medizinische Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft, wenn diese von Ärzten durchgeführt oder veranlasst wurden:

- Toxoplasmosevorsorgeuntersuchung, sofern es sich bei der Versicherten um eine Risikopatientin handelt oder die Untersuchung im Einzelfall dazu dient, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken,
- zusätzliche Ultraschallscreenings oder 3D-Ultraschallscreenings gemäß den Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien), sofern es sich bei der Versicherten um eine Risikopatientin handelt oder die Untersuchung im Einzelfall dazu dient, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken,

²Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnungsoriginale in Höhe von 80 von Hundert, insgesamt aber maximal 100 EUR je Schwangerschaft übernommen.⁴⁹

§ 20 Kooperation mit der PKV

Die BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

⁴⁹ § 19 Abs. 3, geändert m.W.v. 22.03.2014 durch Art. 1 Nr. 5 des 1. Satzungsnachtrags vom 21.01.2014

Abschnitt D Bonusprogramm, Wahltarife

§ 21 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten⁵⁰

(1) ¹Versicherte ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten für die Durchführung folgender Untersuchungen und Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, entsprechende Bonuszahlungen. ²Um einen Bonus nach Absatz 1 zu erhalten, müssen mindestens drei Bonusmaßnahmen nachgewiesen werden. ³Dabei gilt, dass die Bereiche A „Früherkennung und Vorsorge“ und B „Sport und Gesundheit“ jeweils mit mindestens einer Maßnahme abgedeckt sein müssen. ⁴Je Maßnahme wird ein Betrag von 10 € im Jahr der Inanspruchnahme gewährt.

BEREICH A: FRÜHERKENNUNG & VORSORGE

A1. Der Versicherte nimmt Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch.

A2. Der Versicherte nimmt an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil.⁵¹

A3. Der Versicherte nimmt kalenderjährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V teil.⁵²

A4. Die Versicherte nimmt an der nach § 24d SGB V vorgesehenen Schwangerschaftsvorsorge regelmäßig teil. Hierfür erhält die Versicherte einen Bonus im Jahr der Geburt des Kindes.⁵³

A5.-Der Versicherte nimmt mindestens einmal im Kalenderjahr an der Prophylaxe-Untersuchung beim Zahnarzt gemäß § 55 SGB V teil.

BEREICH B: SPORT & GESUNDHEIT

B1. Der Versicherte nimmt Bewegungsangebote in Sportvereinen in Anspruch.

B2. Der Versicherte nimmt Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio (Qualitätssiegel SPORT PRO FITNESS/TÜV-Fitness-Siegel/ggfs. andere Qualitätssiegel) in Anspruch.

B3. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport und weist dies durch die Ablegung des Deutschen Sportabzeichens oder eines vergleichbaren qualitätsgesicherten Sportabzeichens (durch den DOSB anerkannte Verbandsabzeichen) nach.

⁵⁰ § 21 neu gefasst m.W.v. 01.01.2018 durch Art. I Nr. 7 des 13. Satzungsnachtrags v. 03.07.2017

⁵¹ § 21 neu gefasst m. W. v. 16.01.2019 durch Art. I Nr. 2 des 16. Satzungsnachtrags v. 21.11.2018

⁵² § 21 neu gefasst m. W. v. 16.01.2019 durch Art. I Nr. 3 des 16. Satzungsnachtrags v. 21.11.2018

⁵³ § 21 neu gefasst m. W. v. 16.01.2019 durch Art. I Nr. 4 des 16. Satzungsnachtrags v. 21.11.2018

B4. Der Versicherte bewegt sich regelmäßig und weist dies durch die Ablegung des Deutschen Wanderabzeichens nach.

B5. Der Versicherte nimmt an regionalen und überregionalen Sportveranstaltungen teil, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist. Es werden maximal 2 Veranstaltungen je Kalenderjahr berücksichtigt.

B6. Der Versicherte nimmt aktiv und regelmäßig an Bewegungsangeboten einer Hochschulsportgruppe teil, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist.

(2) ¹Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten für die Durchführung folgender Untersuchungen und Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, entsprechende Bonuszahlungen. ²Die Bonuszahlungen werden in einem gesonderten Bonusheft gesammelt. ³Die Teilnahme am Bonusprogramm und die Auszahlung bzw. Übersendung der Prämie ist grundsätzlich nur auf Antrag eines Erziehungsberechtigten möglich, es sei denn, der Versicherte hat bereits das 15. Lebensjahr vollendet (§ 36 SGB I gilt entsprechend). Je Maßnahme wird ein Betrag von 10 € im Jahr der Inanspruchnahme gewährt.

1. ¹Versicherte nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 bis U11 und J1/J2 sowie ggf. 3 Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten) für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.

2. ¹Versicherte, weisen den Erhalt eines Sportabzeichens (z.B. Seepferdchen) nach oder nehmen an Sportveranstaltungen teil, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist.

3. ¹Versicherte ab der Vollendung des 6. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, nehmen einmal in jedem Kalenderhalbjahr an der Prophylaxe-Untersuchung beim Zahnarzt gemäß § 22 Absatz 1 SGB V teil.

4. ¹Versicherte haben die von der actimonda krankenkasse nach § 20i SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.

5. ¹Versicherte nehmen Bewegungsangebote in Sportvereinen in Anspruch.

(3) Die Erfüllung der Voraussetzungen in den Absätzen 1 und 2 wird von dem jeweiligen Arzt, Leistungserbringer, Veranstalter oder sonstigem Verantwortlichen in der actimonda-Bonus-Karte oder durch einen gesonderten Nachweis bestätigt.

(4) Der Versicherte erhält eine Bonuszahlung, wenn die durch Vorlage der actimonda-Bonus-Karte quitierten Merkmale für das jeweilige Kalenderjahr nachgewiesen wurden und das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt der An-

tragstellung ungekündigt besteht. Die zahlungsbegründenden Nachweise sind bis zum 30.06. des Folgejahres einzureichen.

(5) Der Bonus beträgt

1. bei Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres maximal 100 € pro Kalenderjahr,
2. bei versicherten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres maximal 50 € pro Kalenderjahr.

§ 21a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung⁵⁴

¹Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er zusammen mit der actimonda BKK Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführt. ²Diese richten sich nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention und sind nicht bereits Bestandteil der Verpflichtung des Arbeitgebers aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX). ³Auf Antrag des Arbeitgebers schließt die actimonda BKK einen entsprechenden Vertrag mit dem Arbeitgeber. ⁴Die Bonushöhe richtet sich dabei nach einem Stufenmodell:

Stufe I: 10 € je Maßnahme und actimonda Versicherten,
Stufe II: 15 € je Maßnahme und actimonda Versicherten,
Stufe III: 20 € je Maßnahme und actimonda Versicherten.

⁵Als Maßnahmen sind Gesundheits- und Präventionsangebote zu verstehen, die in einem festgelegten Zeitraum von 12 Kalendermonaten durchgeführt werden und an denen der actimonda Versicherte mindestens zu 80 % teilnimmt. ⁶Die Maximalhöhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen halben Monatsbeitrag betragen.

⁷Das Modell gliedert sich wie folgt:

Stufe I: Ein Bonus der Stufe I kann vom Arbeitgeber erreicht werden, wenn er die Punkte 1 und 2 sowie mindestens einen der Punkte (a-c) nachweisen kann:

1. Der Arbeitgeber stellt eigene finanzielle bzw. personelle Ressourcen für die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung.
2. Es existiert im Unternehmen eine Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung.
 - a. Es besteht seit mindestens einem Jahr ein Arbeitskreis im Bereich Gesundheit.
 - b. Der Arbeitgeber bietet regelmäßig mindestens 3 Gesundheits- oder Präventionsangebote pro Kalenderjahr an.

⁵⁴ § 21a neu gefasst m.W.v. 16.11.2018 durch Art. I Nr. 8 des 15. Satzungsantrags v. 01.10.2018

- c. Die Mitarbeiter werden im Rahmen von Vorträgen im Bereich Gesundheit regelmäßig pro Kalenderjahr geschult.

Stufe II: Um einen Bonus der Stufe II zu erreichen, müssen vom Arbeitgeber zusätzlich zu den Voraussetzungen der Stufe I mindestens drei weitere Punkte der Stufe II nachgewiesen werden:

1. extern geleitete Seminare, Kurse oder Workshops im Bereich Gesundheit,
2. Verbesserungsprozesse wie z.B. Qualitätszirkel,
3. Mitarbeitergespräche, in welchen mit dem actimonda Versicherten individuelle Gesundheitsziele festgelegt werden und die weitere Entwicklung nachgehalten wird,
4. betriebliches Vorschlagswesen im Bereich Gesundheit.

Stufe III: Der Bonus der Stufen I und II erhöht sich auf den Bonus der Stufe III, sofern der Arbeitgeber zusätzlich zu den bereits getroffenen Punkten mindestens 3 weitere umfassende bzw. dauerhafte Aktivitäten anbietet:

1. Einrichtung von Ruheräumen,
2. Einrichtung von Fitnessräumen,
3. das Unternehmen hat die Luxemburger Deklaration unterzeichnet,
4. aktive Suchtprävention wie z.B. extern geleitete Seminare zu den Themen Nichtrauchen oder Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz.

⁸Der Arbeitgeber weist die Durchführung der Maßnahmen anhand geeigneter Unterlagen nach.

§ 21b Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung⁵⁵

¹Beschäftigte, die bei der actimonda BKK versichert sind, haben Anspruch auf einen Bonus, sofern sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung am Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

⁵⁵ § 21b neu gefasst m.W.v. 16.11.2018 durch Art. I Nr. 9 des 15. Sitzungsnachtrags v. 01.10.2018

teilgenommen haben. ²Dies gilt gleichermaßen für pflichtversicherte sowie freiwillige Mitglieder der actimonda BKK.

³Der Bonus wird auf Antrag des Versicherten nach Beendigung der Maßnahme ausgezahlt. ⁴Sofern der Bonus nicht innerhalb von 3 Monaten nach Erhalt der Teilnahmebescheinigung beantragt wird, verfällt dieser. ⁵Der Versicherte weist anhand einer Teilnahmebescheinigung eine Mindestteilnahme von 80 % nach. ⁶Die Bonushöhe beträgt 10 € je durchgeführter Maßnahme. ⁷Ein Bonus nach § 21b kann nicht auf den Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 21 angerechnet werden.

§ 22 Wahltarif Prämienzahlung

(1) ¹Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK in Anspruch genommen haben. ²Voraussetzung ist, dass das Mitglied der BKK spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

(2) ¹Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen un-

- Prävention und Schutzimpfungen (§§ 20, 20i⁵⁶ SGB V, § 17 dieser Satzung)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V, Individualprophylaxe gem. § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe gem. § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien (§§ 24c bis i SGB V)⁵⁷

²Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) ¹Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr vom Mitglied getragenen und tatsächlich an die BKK gezahlten Jahresbeitrages. ²Absatz 4 gilt. ³Die Auszahlung erfolgt, sobald die Abrechnungsdaten der ärztlichen Abrechnungsstellen für das jeweilige Kalenderjahr vollständig vorliegen.

⁵⁶ § 22 Abs. 2 S. 1, geändert m. W. v. 18.08.2017 durch Art. I Nr. 5 des 12. Sitzungsnachtrages vom 18.08.2017

⁵⁷ § 22 Abs. 2 S. 1, geändert m. W. v. 10.01.2020 durch Art. I Nr. 23 des 18. Sitzungsnachtrags vom 26.11.2019

(4) Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen gem. § 53 Absatz 8 S. 4 SGB V insgesamt 20 v.H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

(5) ¹Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz 1 nicht wählen. ^{58 59}

(6) ¹Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. ²Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK. ³Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. ⁴Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. ⁵Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der BKK.

(7) ¹Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. ²Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. ³Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. ⁴Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 23 (zurzeit nicht besetzt)

§ 24 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung⁶⁰

(1) ¹Die actimonda krankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. ²Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich

⁵⁸ § 22 Abs. 5 S. 1, gestrichen m.W.v. 01.01.2014 durch Art. I Nr. 11 des 3. Sitzungsnachtrages vom 15.09.2014

⁵⁹ § 22 Abs. 5 S. 2, geändert m.W.v. 01.01.2014 durch Art. I Nr. 12 des 3. Sitzungsnachtrages vom 15.09.2014

⁶⁰ § 24, neu gefasst m. W. v. 20.07.2016 durch Art. I Nr. 1 des 9. Sitzungsnachtrages vom 28.06.2016

aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

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

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

§ 25 Wahltarif besondere Versorgung⁶¹

(1) ¹Die actimonda krankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. ²Die 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 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.

§ 26 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

(1) ¹Die BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma

⁶¹ § 25, neu gefasst m. W. v. 20.07.2016 durch Art I. Nr. 2 des 9. Satzungsantrages vom 28.06.2016

6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

²Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. ³Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 27 (zurzeit nicht besetzt)⁶²

§ 28 Wahltarife Krankengeld⁶³

Allgemeines

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben und am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können diesen Tarif nur wählen, wenn sie

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

Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

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

Anspruch

(2) Anspruch auf Krankengeld nach den in Absatz 8 näher bezeichneten Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für

⁶² § 27, gestrichen m. W. v. 20.07.2016 durch Art. I Nr. 3 des 9. Sitzungsnachtrages vom 28.06.2016

⁶³ § 28 neu gefasst m. W. v. 16.01.2019 durch Art. I Nr. 5 des 16. Sitzungsnachtrags vom 21.11.2018

den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (i.V.m. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

(3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V (wahlweise) ab dem

- 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bei dem Tarif agil & relax,
- 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit bei dem Tarif agil premium,

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif Künstler), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz 15 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

(4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst

der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

(5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung besteht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(6) Wählen Mitglieder einen Wahltarif zur Zahlung von Krankengeld erstmalig oder erhöhen den sich aus dem gewählten Tarif ergebenden Krankengeldzahlbetrag, richtet sich der Anspruch wegen einer Arbeitsunfähigkeit, die in den ersten drei Monaten – vom Tag des Beginns der Laufzeit des neuen Tarifs an gerechnet – beginnt, nach der bisherigen Versicherung bzw. dem bis dahin gültigen Tarif oder der gewählten Höhe des Krankengeldzahlungsbetrages.

(7) Der Anspruch auf Krankengeld endet

1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
2. mit dem Bezug einer der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 16 oder 17
5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI, wenn das Mitglied nicht
 - 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 war oder
 - mit Ablauf der 4 Wochen nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, wenn von diesem festgestellt wird, dass der Versicherte als voll erwerbsgemindert anzusehen ist,
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

(8) ¹Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten wahlweise im

Tarif agil & relax

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 81.270 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 140 € (Tarifschlüssel AR140),
2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 77.670 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 130 € (Tarifschlüssel AR130),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 74.070 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 120 € (Tarifschlüssel AR120),
4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 70.470 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 110 € (Tarifschlüssel AR110),
5. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 66.870 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 100 € (Tarifschlüssel AR100),
6. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 63.270 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 90 € (Tarifschlüssel AR90),
7. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 59.670 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 80 € (Tarifschlüssel AR80),
8. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 56.070 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 70 € (Tarifschlüssel AR70),

9. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 52.470 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 60 € (Tarifschlüssel AR60),
10. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 48.870 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 50 € (Tarifschlüssel AR50),
11. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 45.270 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 40 € (Tarifschlüssel AR40),
12. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 41.670 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 30 € (Tarifschlüssel AR30),
13. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 38.070 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 20 € (Tarifschlüssel AR20),
14. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 34.470 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 10 € (Tarifschlüssel AR10),

Tarif agil premium

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 51.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 140 € (Tarifschlüssel AP140),
2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 47.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 130 € (Tarifschlüssel AP130),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 120 € (Tarifschlüssel AP120),

4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 40.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 110 € (Tarifschlüssel AP110),
5. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 36.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 100 € (Tarifschlüssel AP100),
6. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 33.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 90 € (Tarifschlüssel AP90),
7. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 29.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 80 € (Tarifschlüssel AP80),
8. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 26.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 70 € (Tarifschlüssel AP70),
9. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 22.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 60 € (Tarifschlüssel AP60),
10. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 18.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 50 € (Tarifschlüssel AP50),
11. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 15.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 40 € (Tarifschlüssel AP40),
12. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 11.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 30 € (Tarifschlüssel AP30),
13. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitsein-

kommen von jährlich 8.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 20 € (Tarifschlüssel AP20),

14. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 4.000 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 10 € (Tarifschlüssel AP10),

²Die in § 53 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 46 Satz 4 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V). ³Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 18.

(9) Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung.

Zahlung

(10) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

(11) Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit,

1. im Tarif agil & relax, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
2. im Tarif agil premium für längstens 42 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer).

(12) Abweichend von Absatz 11 besteht bei Mitgliedern nach § 53 Abs. 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben, i.V.m. § 46 Satz 4 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

(13) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/ Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens einem Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beiträge erfolgt.

(14) Die §§ 16, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

(15) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt ; ein hiervon später liegender Beginn , maximal jedoch 6 Monate, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen.

Kündigung

(16) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Kalendermonats erfolgen, frühestens jedoch zum Ende der Bindungsfrist gemäß Absatz 15 Satz 4; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann

die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz 17 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(17) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. 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, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

(18) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz 19 – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich.

Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgreichem Wechsel in eine andere Tarifgruppe keine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz 19 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

(19) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz 9 die in Absatz 8 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 18 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

(20) Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz 3 und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz 8 ergeben sich die Tarifgruppen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif agil & relax

	Tarifschlüssel					
Leistungshöhe	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Tarifgruppe	AR10	AR20	AR30	AR40	AR50	AR60
Prämie	12,20 €	24,40 €	36,60 €	48,80 €	61,00 €	73,20 €

	Tarifschlüssel				
Leistungshöhe	70 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Tarifgruppe	AR70	AR80	AR90	AR100	AR110
Prämie	85,40 €	97,60 €	109,80 €	122,00 €	134,20 €

	Tarifschlüssel		
Leistungshöhe	120 €	130 €	140 €
Tarifgruppe	AR120	AR130	AR140
Prämie	146,40 €	158,60 €	170,80 €

Tarif agil premium

	Tarifschlüssel					
Leistungshöhe	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Tarifgruppe	AP10	AP20	AP30	AP40	AP50	AP60
Prämie	3,30 €	6,60 €	9,90 €	13,20 €	16,50 €	19,80 €

	Tarifschlüssel					
Leistungshöhe	70 €	80 €	90 €	100 €	110 €	120 €
Tarifgruppe	AP70	AP80	AP90	AP100	AP110	AP120
Prämie	23,10 €	26,40 €	29,70 €	33,00 €	36,30 €	39,60 €

	Tarifschlüssel	
Leistungshöhe	130 €	140 €
Tarifgruppe	AP130	AP140
Prämie	42,90 €	46,20 €

Tarif Künstler

	monatliches Einkommen nach Absatz 9				
	<=400	<=800	<=1200	<=1600	<=2000
	€	€	€	€	€
Tarifgruppe	K10	K20	K30	K40	K50
Prämie	4,60 €	9,20 €	13,80 €	18,40 €	23,00 €

	monatliches Einkommen nach Absatz 9			
	<=2400 €	<=2800 €	<=3200 €	<=3600 €
Tarifgruppe	K60	K70	K80	K90
Prämie	27,60 €	32,20 €	36,80 €	41,40 €.

(21) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz 22. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen 18 oder 19 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

(22) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens

- bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
- bei halbjährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Halbjahres der Laufzeit des Tarifs für das Halbjahr,
- bei jährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Jahr.

Bei halbjährlicher Zahlung gewährt die Betriebskrankenkasse einen Nachlass von 2,5 v.H. auf den Halbjahresbetrag, bei jährlicher Zahlung in Höhe von 5 v.H. auf den Jahresbetrag. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

(23) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

(24) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien gemäß § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Abschnitt E Aufwendungsausgleichskasse

§ 29 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Absatz 2 AAG

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

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

(3) ¹Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Absatz 5 AAG).
²Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

Abschnitt F Abschließende Bestimmungen

§ 30 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 31 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 32 Bekanntmachungen⁶⁴

(1) ¹Die Bekanntmachungen der actimonda krankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet auf der Homepage unter www.actimonda.de und nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Geschäftsstellen. ²Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. ³Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. ⁴Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. ⁵Der nachrichtliche Aushang in der Hauptverwaltung und den Geschäftsstellen erfolgt mit einer Frist von einer Woche. ⁶Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

(2) ¹Die actimonda krankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. ²Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der actimonda krankenkasse veröffentlicht. ³Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. ⁴Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen. ⁵Die Jahresrechnungsergebnisse werden für die Dauer von 12 Monaten im Internet unter www.actimonda.de veröffentlicht.

§ 33 Inkrafttreten

Bezüglich des Inkrafttretens der Satzung vom 01.01.2014 sowie der Satzungsänderungen siehe das PDF-Dokument „Satzung der actimonda krankenkasse (Antragsfassungen mit Genehmigungsvermerken)“ unter www.actimonda.de.

⁶⁴ § 32, neu gefasst mit W. v. 18.08.2017 durch Art. I Nr. 6 des 12. Satzungsnachtrages vom 03.07.2017