Satzung

der

BundesInnungskrankenkasse

Gesundheit

- BIG direkt gesund -

Berlin

Stand: 01.01.2023

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1 Verfassung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk ..... Seite 6
§ 2 Organe ..... Seite 8
§ 3 Verwaltungsrat ..... Seite 8
§ 4 Bemessung der Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates ..... Seite 10
§ 5 Versichertenälteste, Vertrauensleute ..... Seite 10
§ 6 Widerspruchsausschuss ..... Seite 11
§ 7 Vorstand ..... Seite 12

Abschnitt 2 Mitgliedschaft und Beiträge

§ 8 Versicherter Personenkreis ..... Seite 13
§ 9 Beginn und Ende der Mitgliedschaft ..... Seite 13
§ 10 Aufbringung der Mittel ..... Seite 15
§ 11 Zusatzbeitragssatz ..... Seite 15
§ 12 Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge, Einreichung der Beitragsnachweise ..... Seite 15
§ 13 Vorschüsse, Erstattungen ..... Seite 15
§ 14 Rücklage ..... Seite 15

Abschnitt 3 Leistungen

§ 15 Leistungen ..... Seite 16
§ 16 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten ..... Seite 16
§ 17 Gesund bleiben (Leistungen der primären Prävention) ..... Seite 17
§ 17a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ..... Seite 18
§ 18 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ..... Seite 18
§ 19 Gesund arbeiten (Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung) ..... Seite 19
§ 20 Kostenerstattung ..... Seite 20
§ 21 Kostenerstattung bei Arzneimitteln im Einzelfall ..... Seite 22
§ 22 Zusatzversicherungen ..... Seite 23
§ 23 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ..... Seite 23
§ 24 Häusliche Krankenpflege ..... Seite 23

§ 25 Haushaltshilfe ... Seite 23
§ 26 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V ... Seite 24
§ 27 Zusätzliche digitale Versorgungsprodukte nach § 11 Absatz 6 SGB V ... Seite 26
§ 28 Ärztliche Zweitmeinung ... Seite 27
§ 29 Ambulante Behandlung nicht zugelassener Leistungserbringer ... Seite 29
§ 30 Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Krankenhäuser ... Seite 30
§ 31 Krankengeld ... Seite 31
§ 32 Leistungsausschluss nach dem SGB V ... Seite 31

Abschnitt 4 Wahltarife - Versichertenprämien

§ 33 Tarifbedingungen ... Seite 32
§ 34 Selbstbehalt ... Seite 33
§ 35 Selbstbehalt für Auszubildende und Studierende ... Seite 35
§ 36 Leistungsfreiheit ... Seite 35
§ 37 Krankengeld für freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige und Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis auf einen kürzeren Zeitraum als zehn Wochen im Voraus befristet ist ... Seite 35
§ 38 Krankengeld für Künstler nach dem KSVG ... Seite 38

Abschnitt 5 Versorgungsplus

§ 39 Besondere Versorgungsformen ... Seite 38
§ 40 Hausarztzentrierte Versorgung ... Seite 39
§ 41 Besondere Versorgung ... Seite 39
§ 42 Strukturierte Behandlungsprogramme ... Seite 40
§ 43 Elektronische Gesundheitsakte ... Seite 40
§ 44 Elektronische Patientenquittung ... Seite 41

Abschnitt 6 Sondervorschriften für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichgesetz (AAG)

§ 45 Anwendung von Satzungsbestimmungen ... Seite 41
§ 46 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber ... Seite 41
§ 47 Bemessung der Umlage ... Seite 42
§ 48 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse ... Seite 42
§ 49 Bildung von Betriebsmitteln ... Seite 43
§ 50 Haushaltsplan ... Seite 43
§ 51 Jahresrechnung ... Seite 43

Abschnitt 7 Abschließende Bestimmungen

§ 52 Auskunft an Versicherte nach § 305 SGB V ..... Seite 44
§ 53 Bekanntmachungen/öffentliche Zustellung ..... Seite 44
§ 54 Aufsicht ..... Seite 45
§ 55 Inkrafttreten ..... Seite 45

Anhang 1 zu § 4 der Satzung der BundesInnungskrankenkasse Gesundheit ..... Seite 46
Anhang 2 zu §§ 37, 38 Krankengeld – Prämientabellen ..... Seite 50
Anhang 3 zu § 18 Bonusprogramm BIGtionär: Teilnahmebedingungen ..... Seite 51
Anhang 4 zu § 18 Bonusprogramm BIGtionär: Maßnahmenkatalog ..... Seite 53
Anhang 5 zu § 18 Bonusprogramm BIGtionär: Plus-Bonus ..... Seite 54
Anhang 6 zu § 28 Ärztliche Zweitmeinung ..... Seite 55

Abkürzungsverzeichnis

AAG	Aufwendungsausgleichsgesetz
Abs.	Absatz
BIG direkt gesund	BundesInnungskrankenkasse Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
i.S.	im Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit
J.	Jahr(e)
KdöR	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
MuSchG	Mutterschutzgesetz
Nr.	Nummer
PKW	Personenkraftwagen
SGB	Sozialgesetzbuch
stv.	stellvertretende/r
U1	Umlagekasse 1
U2	Umlagekasse 2
v. H.	vom Hundert
Vers.	Versicherte(r)
€	Euro
§(§)	Paragraph(en)

Abschnitt 1 Verfassung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

(1) [1]Die Innungskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. [2]Sie führt den Namen: BundesInnungskrankenkasse Gesundheit – Kurzform: BIG direkt gesund. [3]Sie ist am 1. Januar 2021 durch die Vereinigung von BIG direkt gesund mit der actimonda BKK entstanden.

(2) Der Rechtssitz von BIG direkt gesund ist Berlin. [2]Sie hat gem. § 207 Abs. 4 SGB V am Rechtssitz zugleich die Rechtsstellung eines Landesverbandes und nimmt dort dementsprechend die Aufgaben eines Landesverbandes der Innungskrankenkassen wahr. [3]Die in § 210 Abs. 2 SGB V genannten Verträge und Richtlinien sind für BIG direkt gesund verbindlich.

(3) [1]Das Geschäftsgebiet der Innungskrankenkasse erstreckt sich auf

- den Bezirk der Bundesinnung der Hörakustiker (K. d. ö. R) und deren Innungsbetriebe im gesamten Bundesgebiet

sowie auf die Betriebe:

- A. Bagel GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- Bagel Roto-Offset GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- Baka GmbH & Co. KG, Ratingen;
- BaSICo Finishing GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- Bruckmann Tiefdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- ERGO Versicherung AG, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet;
- ERGO Versicherungsgruppe AG, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet;
- ISI Storage GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- ITERGO Informationstechnologie GmbH, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet;
- Longial GmbH, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet;

- Karl Rauch Verlag GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- Slim Logistik GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- Sirius-Inkasso GmbH, Düsseldorf;
- Tiefdruck Schwann-Bagel GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
- TSB Retail Verwaltungs GmbH, Düsseldorf;
- Victoria Lebensversicherung AG, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet;
- Viwis GmbH, München;
- ANKER Gebr. Schoeller GmbH + Co. KG, Düren;
- William Prym Holding GmbH & Co. KG in Stolberg;
- Prymtec GmbH & Co. KG, Stolberg;
- Aurubis Stolberg GmbH & Co. KG in Stolberg;
- Inovan GmbH & Co. KG in Birkenfeld und Stolberg;
- Prym Consumer Europe GmbH in Stolberg und Alsdorf;
- Verwaltung der Köln-Düsseldorfer Deutsche Rheinschifffahrt AG, Köln, deren technischen Betrieb in Köln-Niehl, den nautisch-technischen Bereich der Schiffe der Gesellschaft, die ihren Heimathafen in Köln oder Düsseldorf haben;
- Zanders-Abwicklungs GmbH in Bergisch Gladbach;
- KANZAN Spezialpapiere GmbH in Düren;
- Vorwerk & Co. KG in Wuppertal;
- Vorwerk Elektrowerke GmbH & Co. KG in Wuppertal;
- Vorwerk Deutschland Stiftung & Co. KG in Wuppertal und den angeschlossenen Betrieben im gesamten Bundesgebiet;
- Vorwerk & Co. Interholding GmbH in Wuppertal;
- Vorwerk & Co. Teppichwerke GmbH & Co. KG in Hameln;
- 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 Thüringen;

- HECTAS Sicherheitsdienste GmbH in Wuppertal und den angeschlossenen Betrieben in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen;
- Vorwerk Tele-Service GmbH in Wuppertal;
- ZEDA Gesellschaft für Datenverarbeitung und EDV-Beratung mbH & Co. in Wuppertal;
- prolog professional logistics Beteiligungsgesellschaft mbH in Wuppertal;
- Brugmann GmbH & Co. in Wuppertal;
- Pfeifer & Langen GmbH & Co. KG Hauptverwaltung in Köln und den Betriebsstätten in Elsdorf, Euskirchen, Grevenbroich, Jülich, Kalkar, Lage und Könnern;
- ISG Informatik Service KG in Köln;
- Heimbach GmbH in Düren.

[2]Sie ist für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland geöffnet.

§ 2 Organe

(1) Die Organe von BIG direkt gesund sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Die Mitglieder der Selbstverwaltung üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

(3) BIG direkt gesund nimmt am Modellprojekt nach § 194a SGB V zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.

§ 3 Verwaltungsrat

(1) Die Wahl und Amtsdauer des Verwaltungsrats regelt sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 10 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

(3) [1]Zwischen dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates findet jährlich ein Wechsel statt. [2]Der Wechsel erfolgt jeweils mit Beginn des Kalenderjahres. [3]Bei Neuwahl findet erstmalig mit Beginn des zweiten Kalenderjahres, das auf die Wahl folgt, ein Wechsel statt.

(4) [1]Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht von BIG direkt gesund. [2]Durch Gesetz oder sonstiges für BIG direkt gesund maßgebendes Recht können Fälle vorgesehen werden, in denen der Verwaltungsrat Beschlüsse fasst. [3]Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

a) Entscheidungen über alle Angelegenheiten, die für BIG direkt gesund von grundsätzlicher Bedeutung sind,

b) Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates,

c) Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,

d) Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreter,

e) Festsetzung der Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates,

f) Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses gemäß § 6,

g) Wahl des Vorstandes sowie aus seiner Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter,

h) Amtsenthebung und -entbindung des Vorstandes,

i) Vertretung von BIG direkt gesund gegenüber dem Vorstand, insbesondere Anstellung, Festlegung der Vertragsbedingungen oder Auflösung des Vertrages der gewählten Vorstandsmitglieder,

j) Überwachung des Vorstandes,

k) Änderung der Satzung,

l) Feststellung des Haushaltsplanes,

m) Bestellung eines sachverständigen Prüfers zur Prüfung der Jahresrechnung; die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,

n) Abnahme der Jahresrechnung sowie Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung,

o) Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,

p) Feststellung über die Nachfolge eines ausgeschiedenen Mitgliedes bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitgliedes des Verwaltungsrates.

(5) Die Beschlussfähigkeit des Verwaltungsrates richtet sich nach § 64 Abs. 1 SGB IV. Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen der Mitglieder gefasst, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. Jedes Verwaltungsratsmitglied hat eine Stimme. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Näheres regelt die Geschäftsordnung.

(6) Das Vertretungsrecht nach Abs. 3 Buchstaben i) wird durch den Vorsitzenden und den stv. Vorsitzenden gemeinsam ausgeübt.

(7) Der Verwaltungsrat kann in dringenden Fällen schriftlich abstimmen. Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

(8) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegt insbesondere die:

a) Beanstandung von gesetzes- und satzungswidrigen Beschlüssen,

b) Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei Ergänzung des Verwaltungsrates,

c) Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.

§ 4 Bemessung der Entschädigung für Mitglieder des Verwaltungsrates

[1]Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane werden nach Maßgabe des § 41 SGB IV entschädigt. [2]Art und Höhe der Entschädigung ergeben sich aus der „Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltung“, die als Anlage 1 Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 5 Versichertenälteste, Vertrauenspersonen

(1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauenspersonen gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB IV). Für jeden dieser Gewählten ist ein Stellvertreter zur Vertretung im Falle der Verhinderung zu wählen. Der Stellvertreter rückt bei Ausscheiden eines Versichertenältesten oder einer Vertrauensperson im Amt nach. Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.

(2) Versichertenälteste können gewählt werden für Servicestellenbereiche der BIG direkt gesund. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung von BIG direkt gesund mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehören insbesondere:

a) die Weiterleitung von Informationen von BIG direkt gesund an die Versicherten,

b) allgemein Rat und Auskunft in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen,

c) die Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären,

d) die Versicherten bei der Antragstellung auf Leistungen zu unterstützen, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge anzuregen und zu fördern.

(3) Vertrauenspersonen können gewählt werden für Servicestellenbereiche von BIG direkt gesund. Die Vertrauenspersonen haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung von BIG direkt gesund mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehören insbesondere:

a) die Weiterleitung von Informationen von BIG direkt gesund an die Betriebe,

a) die Interessen von BIG direkt gesund in den Betrieben wahrzunehmen,

b) die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten,

c) Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzuregen und zu fördern.

(4) Die Versichertenältesten/Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Für die Entschädigungsregelung der Versichertenältesten und Vertrauensleute gilt § 41 SGB IV i. V. m. Anhang 1 zur Satzung.

§ 6 Widerspruchsausschuss

(1) [1]Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird an vom Vorstand beauftragte Beschäftigte und einen Widerspruchsausschuss im Sinne eines besonderen Ausschusses nach § 36a SGB IV übertragen. [2]Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Dortmund. [3]Die vom Vorstand Beauftragten entscheiden über

- Widersprüche, deren Streitwert unter 1.000,00 € liegt, wenn dieser eindeutig bezifferbar ist,
- Widersprüche betreffend die Krankengeldansprüche,
- Widersprüche betreffend die Versicherungs- und Beitragsansprüche,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Fahrtkosten,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Präventionskosten/Kosten von Patientenschulungen,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Rehabilitationskosten und Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V und § 24 SGB V,[1]
- Widersprüche betreffend die Ansprüche auf ambulante Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Individuelle Gesundheitsleistungen,
- Widersprüche von Krankenhäusern gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 SGB V,

[1] § 6 Abs. 1 S. 3 Spiegelstrich 6 ergänzt m. W. ab dem 16.09.2021 durch Nr. 1 des 1. Satzungsnachtrags vom 22.06.2021.

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide. [4]In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Mitarbeiter von BIG direkt gesund betreffen, wird die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides dem Widerspruchsausschuss übertragen.

(2) [1]Der Widerspruchsausschuss besteht aus vier Mitgliedern. [2]Mitglieder sind zwei Vertreter der Versicherten und zwei Vertreter der Arbeitgeber. [3]Für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestellt.

(3) Der Verwaltungsrat wählt die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

(4) [1]Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß einberufen und mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend sind. [2]Die Beschlüsse werden mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. [3]Bei Stimmengleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt.

(5) Der Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden und gibt sich eine Geschäftsordnung.

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

(7) Die Entschädigung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses richtet sich nach Anlage 1 zu § 4 dieser Satzung.

§ 7 Vorstand

(1) [1]Dem Vorstand gehören zwei Mitglieder an. [2]Der Vorstand verwaltet hauptamtlich BIG direkt gesund und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für BIG direkt gesund maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(2) [1]Dem Vorstand obliegt die operative Führung der Kasse. [2]Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

a) dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

b) dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

c) dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

d) den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

e) 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,

f) BIG direkt gesund nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

g) eine Kassenordnung aufzustellen,

h) die Beiträge einzuziehen,

i) Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten von BIG direkt gesund abzuschließen,

j) die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

(3) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung von BIG direkt gesund und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder fest.

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

Abschnitt 2 Mitgliedschaft und Beiträge

§ 8 Versicherter Personenkreis

[1]Zum Kreis der bei der BIG direkt gesund versicherten Personen gehören

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

[2]Versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) können der BIG direkt gesund nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr nicht vollendet haben.

§ 9 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) [1]Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften. [2]Das Mitglied ist an die Wahl von BIG direkt gesund mindestens zwölf Monate gebunden. [3]Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

(2) Erhebt die BIG direkt gesund nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. [2]BIG direkt gesund hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen. [3]Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. [4]Kommt BIG direkt gesund ihrer Hinweispflicht nach den Sätzen 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.

(3) [1]Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall der zur Meldung verpflichteten Stelle nachweist. [2]Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, ist der Nachweis gegenüber BIG direkt gesund zu führen.

(4) Freiwillig versicherte Mitglieder können die Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das freiwillige Mitglied die Kündigung erklärt, ohne Einhaltung der Bindungswirkung nach Abs. 1 Satz 2 kündigen, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

(5) [1]Freiwillig versicherte Mitglieder können die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Bindungswirkung nach Abs. 1 Satz 1 zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. [2]Die Mitgliedschaft endet in diesem Fall mit dem Tag, der dem Tag des Anspruchs auf Familienversicherung nach § 10 SGB V vorangeht.

(6) [1]Ist das Mitglied an einen Wahltarif nach § 53 SGB V gebunden, gilt die jeweilige Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V. [2]Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann in diesen Fällen abweichend von den Absätzen 1 bis 5 nur gem. §53 Abs. 8 Satz 2 SGB V erfolgen.

§ 10 Aufbringung der Mittel

Die Mittel von BIG direkt gesund werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§11 Zusatzbeitragssatz

Der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V wird in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt; er beträgt für Mitglieder aus allen Bundesländern

1,45 v. H.

§ 12 Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge, Einreichung der Beitragsnachweise

Für die Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge sowie die Einreichung der Beitragsnachweise zur Krankenkasse gelten die einschlägigen Regelungen des SGB IV und des SGB V sowie 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.

§ 13 Vorschüsse, Erstattungen

(1) [1]Von Arbeitgebern die länger als zwei Monate mit der Beitragszahlung im Verzug sind oder sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben, können Vorschüsse auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag in Höhe der Beiträge für je einen Monat gefordert werden. [2]Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

(2) Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden halbjährlich unbar vorgenommen.

§ 14 Rücklage

[1]Die Rücklage nach § 261 SGB V beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke. [2]Diese sind die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie die Verwaltungskosten, die Auffüllung der Rücklage und die Bildung von Verwaltungsvermögen.

Abschnitt 3 Leistungen

§ 15 Leistungen

[1]Die Versicherten von BIG direkt gesund erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
- zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26),
- zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
- des Persönlichen Budgets nach § 29 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

§ 16 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten[2]

(1) Die BIG direkt gesund übernimmt weitere Schutzimpfungen gemäß § 20i Absatz 2 SGB V.

(2) [1]Die Versicherten erhalten, über den gesetzlichen Anspruch hinaus, Reiseschutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht-beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission und in den aktuellen Reisehinweisen des Auswärtigen Amts empfohlen sind. [2]Die BIG direkt gesund übernimmt darüber hinaus Schutzimpfungen aufgrund einer ärztlichen, individuell gestellten Impfindikation. [3]Die Anwendung des Impfstoffes muss innerhalb der jeweils für Deutschland geltenden Zulassung erfolgen.

(3) [1]Die Versicherten erhalten die Aufwendungen für eine medikamentöse Malariaprophylaxe für einen nicht-beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, wenn in dem Reiseland ein indiziertes erhöhtes Gesundheitsrisiko aus medizinischer Sicht besteht. [2]Die Kosten für die Malariamedikamente werden je Auslandsreise für die Dauer von maximal 6 Wochen erstattet.

[2] § 16 Überschrift neu gefasst m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 1 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.

(4) [1]Die Leistung wird grundsätzlich als Sachleistung erbracht. [2]Die BIG direkt gesund übernimmt die Kosten für Arzneistoffe nach den Absätzen 2 und 3 je Arzneistoff mit den dazugehörigen ärztlichen Leistungen nach Vorlage spezifizierter Rechnungen.

§ 17 Gesund bleiben (Leistungen der primären Prävention)

(1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt BIG direkt gesund 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;
   - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.
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;
   - Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

(2) [1]Soweit BIG direkt gesund Präventionsleistungen selber erbringt oder durch Dritte in ihrem Auftrag erbringen lässt, wird für diese keine Kostenbeteiligung der Versicherten erhoben. [2]Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den in Absatz 1 aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 70 % der Kurseinheiten ein Finanzierungszuschuss von maximal 120,- € je Maßnahme gewährt. [3]Die Förderung nach den Absätzen 1 und 2 ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

§ 17a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz[3]

(1) [1]BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. [2]Diese umfassen Leistungen zur Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz und insbesondere als Beitrag zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. [3]Die in Satz 1 und 2 genannten Leistungen entsprechen den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ab 25.11.2020“ in der jeweils gültigen Fassung.

(2) [1]Soweit BIG direkt gesund Leistungen zur Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz selber erbringt oder durch Dritte in ihrem Auftrag erbringen lässt, wird für diese keine Kostenbeteiligung der Versicherten erhoben. [2]Für Leistungen von Fremdanbietern wird,

- sofern sie den in Absatz 2 aufgeführten Qualitätskriterien genügen,
- bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 70 % der Kurseinheiten

ein Finanzierungszuschuss von maximal 40 € je Maßnahme gewährt, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten. [3]Die Förderung ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

§ 18 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) [1]Versicherte können am Bonusprogramm „BIGtionär“ der BIG direkt gesund teilnehmen. [2]Das Bonusprogramm gliedert sich in die Teilbereiche für gesundheitsbewusstes Verhalten und für verhaltensbezogene Prävention. [3]Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. [4]Sie ist so lange

[3] § 17a neu eingefügt m. W. ab dem 16.09.2021 durch Nr. 2 des 1. Satzungsnachtrags vom 22.06.2021.

gültig, bis der Teilnehmer die Programmteilnahme kündigt oder das Programm beendet wird. [5]Kündigungstermin für Teilnehmer ist jeweils der 31. Dezember eines Jahres. [6]Die Teilnahme am Bonusprogramm endet automatisch mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

(2) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die in dem Teilbereich für gesundheitsbewusstes Verhalten

- regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V in Anspruch nehmen, zu denen sie berechtigt sind;
- die einmaligen Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGBV in Anspruch nehmen und
- die in einem Kalenderjahr Impfungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie)

und in dem Teilbereich für verhaltensbezogene Prävention

- regelmäßig qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V oder andere qualitätsgesicherten von der BIG direkt gesund anerkannten Maßnahmen der Primärprävention

in Anspruch nehmen.

(3) Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ist in den Anhängen 3 bis 5 zu dieser Satzung geregelt.

§ 19 Gesund arbeiten (Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung)

(1) [1]Arbeitgeber, die mindestens fünf Mitarbeiter bei BIG direkt gesund versichert haben, erhalten einen Bonus, wenn sie die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachweisen und diese Maßnahmen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind. [2]BIG direkt gesund kann dazu mit von ihr ausgewählten Arbeitgebern einen Bonusvertrag schließen, in dem die Voraussetzungen zur Gewährung des Bonus vereinbart werden. [3]Die Maßnahmen müssen den vom GKV Spitzenverband beschlossenen prioritären Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V in der jeweils gültigen Fassung (Leitfaden Prävention) entsprechen. [4]Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber eigene finanzielle oder personelle Ressourcen für die Maßnahmen zur Verfügung stellt, eine Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung existiert bzw. in Vorbereitung ist und bereits ein Arbeitskreis Gesundheit eingerichtet wurde. [5]Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

(2) [1]Der Bonus des Arbeitgebers beträgt für jedes Mitglied von BIG direkt gesund, das am Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilnimmt, 100 EUR je Maßnahme pro Kalenderjahr, maximal jedoch 10 v. H. der vom Arbeitgeber insgesamt getragenen Aufwendungen. [2]Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig zur Finanzierung des Programms zu verwenden.

(3) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers in den nachfolgend aufgeführten Handlungsfeldern teilnehmen:

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

(4) [1]Der Bonus des Versicherten nach Absatz 3 beträgt 50 EUR je Maßnahme und wird dem Versicherten bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten spätestens zum 31.12. des Folgejahres ausgezahlt. [2]Es werden maximal zwei Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.

§ 20 Kostenerstattung

(1) [1]Versicherte können gemäß § 13 Abs. 1 und 2 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. [2]Hierüber haben sie BIG direkt gesund vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. [3]Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von BIG direkt gesund übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. [4]Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung von BIG direkt gesund in Anspruch genommen werden. [5]Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. [6]Die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 95b Abs. 3 S. 1 SGB V im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.

(2) [1]Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung des Versicherten gegenüber BIG direkt gesund ausgeübt. [2]Der Zeitraum beginnt mit dem ersten Tag des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendervierteljahres. [3]Wird das Versicherungsverhältnis zu BIG direkt gesund neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung für Leistungen ab dem Beginn der Versicherung wählen.

(3) Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und die Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

(4) Die Wahl der Kostenerstattung kann für alle Leistungsbereiche getroffen werden oder auf einen oder mehrere der folgenden Leistungsbereiche beschränkt werden:

- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung
- stationäre Versorgung
- ärztlich/zahnärztlich veranlasste ambulante Leistungen

(5) [1]Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die BIG direkt gesund bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. [2]Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. [3]Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von BIG direkt gesund übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. [4]Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. [5]Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert i. H. v. 36 Prozent des jeweiligen erstattungsfähigen Betrages. [6]Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages; in diesem Fall ist der Versicherte an das Ergebnis des individuell ermittelten Erstattungsbetrages gebunden.

(6) [1]Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und ärztlicher Bescheinigungen. [2]Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.

(7) [1]Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. [2]Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. [3]Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die BIG direkt gesund bei

Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. [4]Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 50 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. [5]Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. [6]Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann BIG direkt gesund die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

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

§ 21 Kostenerstattung bei Arzneimitteln im Einzelfall

(1) [1]Versicherte können gemäß § 129 Abs. 1 SGB V gegen Kostenerstattung ein anderes, wirkstoffgleiches Arzneimittel (Wahlarzneimittel) erhalten, sofern das gewählte Arzneimittel mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform hat. [2]Es muss sich um ein Arzneimittel handeln, das der grundsätzlichen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt.

(2) [1]Bei der Erstattung der Kosten des Wahlarzneimittels werden von dem Apothekenabgabepreis die der BIG direkt gesund entgangenen vertraglichen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V sowie die Mehrkosten gegenüber einem preisgünstigeren Arzneimittel pauschal mit insgesamt 20 % abgezogen. [2]Zusätzlich werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen, sofern keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt und Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H., höchstens 50,00 €, abgezogen. [3]Sofern für das Wahlarzneimittel ein Festbetrag festgesetzt wurde und der Apothekenabgabepreis über diesem Festbetrag liegt, ist der in Satz 1 genannte Apothekenabgabepreis durch den Festbetrag zu ersetzen. [4]Für Kosten, die über den Festbetrag hinausgehen, ist eine Kostenerstattung ausgeschlossen.

(3) [1]Der Versicherte hat für die Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall die Kopie der ärztlichen Verordnung des Arzneimittels (Rezept) der BIG direkt gesund vorzulegen. [2]Auf der Rezeptkopie oder einer ergänzenden Quittung müssen eindeutig das Wahlarzneimittel und der Apothekenabgabepreis durch die Apotheke ausgewiesen und mit einem Originalstempel und Handzeichen der Apotheke versehen sein.

§ 22 Zusatzversicherungen

BIG direkt gesund vermittelt ihren Versicherten den Abschluss von Zusatzversicherungsverträgen mit Unternehmen der Privaten Krankenversicherung.

§ 23 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

[1]Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) wird ein Zuschuss von 13,- € kalendertäglich gezahlt. [2]Der Zuschuss für versicherte chronisch kranke Kleinkinder im Alter von einem bis fünf Jahren beträgt 21,- € kalendertäglich.

§ 24 Häusliche Krankenpflege

(1) Zusätzlich zur Behandlungspflege erhalten Versicherte als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind.

(2) [1]Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. [2]In begründeten Ausnahmefällen ist die Leistung nach Abs. 1 für einen längeren Zeitraum zu bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (MD) feststellt, dass dieses zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.[4]

(3) Nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI werden Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nicht gewährt.

(4) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

§ 25 Haushaltshilfe

(1) [1]Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und

- ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, oder
- soweit ihnen nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts krankheitsbedingt nicht möglich ist.

[4] § 24 Abs. 2 neu gefasst m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 2 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.

(2) [1]In dem Fall des Absatz 1 Spiegelstrich 1 wird die Haushaltshilfe für die Dauer von bis zu sechs Monaten gewährt. [2]In dem Fall des Absatz 1 Spiegelstrich 2 besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens 28 Tage im Kalenderjahr.

§ 26 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V

(1) [1]Versicherte haben auf der Grundlage der folgenden Absätze Anspruch auf zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V, wenn diese medizinisch geeignet sind, einer Krankheit vorzubeugen, sie zu heilen oder eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes zu vermeiden. [2]Der Anspruch besteht nur, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese zusätzlichen Leistungen nicht von der Versorgung ausgeschlossen hat.

(2) [1]Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. [2]Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringer, berechtigte(n) Vertragsärztin/Vertragsarzt oder zugelassene(n) Physiotherapeutin/Physiotherapeuten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin/Arzt oder Physiotherapeutin/Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale und viszerale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre. [3]Die BIG direkt gesund übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr. [4]Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. [5]Zur Erstattung sind aussagekräftige Rechnungsunterlagen und ärztliche Bescheinigungen vorzulegen.

(3) [1]Für Geburten haben Versicherte in der 37.-42. Schwangerschaftswoche Anspruch auf Erstattung der Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme in Höhe von maximal 250 Euro je Schwangerschaft. [2]Voraussetzung ist, dass die Hebamme eine Zulassung nach § 134a Abs. 2 SGB V besitzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist. [3]Die Rufbereitschaft muss eine 24-stündige Erreichbarkeit und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten. [4]Zur Erstattung sind spezifizierter Rechnungen einzureichen.

(4) [1]BIG direkt gesund erstattet zur Unterstützung der bei ihr versicherten werdenden Mütter die Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen durchgeführten Geburtsvorbereitungskurs für den

Partner oder eine Begleitperson der werdenden Mutter. [2]Voraussetzung ist, dass die den jeweiligen Geburtsvorbereitungskurs durchführende Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist. [3]Die Erstattung ist auf 80 Euro begrenzt. [4]Zur Erstattung sind spezifizierter Rechnungen einzureichen.

(5) Künstliche Befruchtung

1. BIG direkt gesund gewährt zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 SGB V mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen einen Zuschuss.

2. [1]Der Zuschuss beträgt maximal 200 € je Behandlungsversuch für maximal 3 Versuche. [2]Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen. [4]Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a SGB V unberührt.

(6) [1]Versicherte können im Einzelfall an einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung teilnehmen, die nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. [2]Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach §13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin" führen. [3]Die Versicherten weisen die Erfüllung der Voraussetzungen durch Vorlage der ärztlichen Verordnung sowie der spezifizierten Originalrechnung nach. [4]Hierfür übernimmt BIG direkt gesund 100 v.H. der Kosten, maximal aber jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren 300 €.[5]

(7) Professionelle Zahnreinigung[6]

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. [1]Für Leistungen, die die Voraussetzungen nach Nr. 1 erfüllen, übernimmt BIG direkt gesund nach Vorlage spezifizierter Rechnungen 100 v. H. der Kosten, maximal aber je versicherter Person und Kalenderjahr 50 EUR. [2]Eine Erstattung entfällt, soweit die versicherte Person am Wahltarif BIGselect dental teilnimmt.

[5] § 26 Abs. 6 Satz 4 neu gefasst m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 3 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.
[6] § 26 Abs. 7 neu gefasst m. W. ab dem 01.04.2022 durch Nr. 1 des 3. Satzungsnachtrags vom 29.03.2022.

(8) Brustkrebsuntersuchung

[1]Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BIG direkt gesund im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 56 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.[7]

[2]Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Originalrechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

§ 27 Zusätzliche digitale Versorgungsprodukte nach § 11 Absatz 6 SGB V

(1) [1]Versicherte haben auf der Grundlage der folgenden Absätze Anspruch auf zusätzliche digitale Versorgungsprodukte gem. § 11 Abs. 6 SGB V, wenn diese medizinisch geeignet sind, einer Krankheit vorzubeugen, sie zu heilen oder eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes zu vermeiden. [2]Der Anspruch besteht nur, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese zusätzlichen Leistungen nicht von der Versorgung ausgeschlossen hat.

(2) [1]Die BIG direkt gesund übernimmt für bei ihr versicherte werdende Mütter pro Schwangerschaft jeweils die Kosten für einen digitalen Geburtsvorbereitungskurs, soweit die BIG direkt gesund mit dem jeweiligen Anbieter eine Vereinbarung nach Satz 2 geschlossen hat. [2]Die BIG direkt gesund schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen mit Anbietern, die digitale Geburtsvorbereitungskurse offerieren, welche die Voraussetzungen der Position 0700 „Geburtsvorbereitung in der Gruppe“ in den Anlagen 1.2 „Leistungsbeschreibung“ sowie Anlage 1.3 „Vergütungsverzeichnis“ zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband erfüllen. [3]Die in Satz 2 genannten Unterlagen sind im Internet unter „https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp“ veröffentlicht.[8]

[7] § 26 Abs. 8 S. 1 geändert ab dem 01.04.2022 durch Nr. 2 des 3. Satzungsnachtrags vom 29.03.2022.
[8] § 27 Abs. 2 neu gefasst m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 4 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.

(3) [1]Die BIG direkt gesund übernimmt für ihre Versicherten die Kosten eines durch einen zertifizierten Medizinprodukteherstellers angebotenen digitalen Therapiesystems für folgende von Logopäden erbrachte und veranlasste Leistungen, die über die in § 32 SGB V geregelten Leistungen hinausgehen:

- Applikation zur Behandlung von Artikulationsstörungen,

zum selbstständigen und unbegrenzten Üben mittels digitaler Endgeräte, soweit die BIG direkt gesund mit dem jeweiligen zertifizierten Medizinprodukteherstellers eine Vereinbarung nach Satz 2 geschlossen hat.[9] [2]Die BIG direkt gesund schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen mit zertifizierten Medizinprodukteherstellern, deren Applikationen den in den Heilmittel-Richtlinien unter „F. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ziffer 30“ geregelten Standardmethoden einer logopädischen Behandlung zur Wiederherstellung, Besserung und zum Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung nach § 32 SGB V dienen und vom Therapeuten individuell auf den Versicherten eingestellt werden können. [3]Die in Satz 2 veröffentlichen Unterlagen sind im Internet unter https://www.g-ba.de/richtlinien/12/ veröffentlicht. [4]Weitere Voraussetzungen der Kostenübernahme sind

- eine ärztliche Verordnung zur Heilmittel-Therapie,
- die Durchführung erfolgt durch nach § 124 SGB V zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte Leistungserbringer,
- die Einrichtung, Anleitung und Begleitung bei der Nutzung der App erfolgt im Rahmen der jeweils individuellen Therapieziele durch den Logopäden und
- die Vorlage einer spezifizierten Originalrechnung.

§ 28 Ärztliche Zweitmeinung

(1) Die BIG direkt gesund gewährt ihren Versicherten nach § 27 b Absatz 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27 b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung zu angeratenen onkologischen Therapieempfehlungen. Der Anspruch besteht bei den in Anhang 6 zur Satzung gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

[9] § 27 Abs. 3 S. 1 geändert m. W. ab dem 07.02.2022 durch Nr. 3 des 3. Satzungsnachtrags vom 29.03.2022.

(2) Das Zweitmeinungsverfahren wird durch zugelassene oder nicht zugelassene Fachärzte erbracht. Die hinzugezogenen Fachärzte müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für eine besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
3. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
4. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
5. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigten Zweitmeiner, dass sie im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung stellt. Ebenso erhält die Krankenkasse Informationen über das Zweitmeinungsverfahren bereit und übermittelt bei Bedarf die Zm-RL an die Versicherten.

(3) Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Absatz 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche Zweitmeinung ein, ob die ärztlich angeratene onkologische Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung).

(4) Die Zweitmeinung beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und eine Bewertung der durch den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme (Eingriff, Behandlung). Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, die onkologische Therapieempfehlung durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL zu entsprechen. Die Zweitmeinung nach Abs. 2 erfolgt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten durch Fachärzte, mit denen die BIG direkt ge-

sund selbst oder über einen Kooperationspartner einen Vertrag zur Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens oder einen Vertrag zur Organisation und Vermittlung einer qualifizierten und unabhängigen Beratung durch einen zweitmeinungsgebenden Facharzt geschlossen hat.

(5) Im Rahmen der Verträge nach Abs. 5 werden die Vertragspartner zur Einhaltung sämtlicher datenschutzrechtlicher Vorschriften verpflichtet. Hierzu zählen insbesondere die einschlägigen Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Sozialgesetzbuchs SGB V und SGB X einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 64 BDSG und § 78a SGB X und den dazugehörigen Anlagen sowie das Arztgeheimnis nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB. Diese Verpflichtung bezieht sich insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten.

(6) Die Kosten zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenasse je Diagnose in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der BIG direkt gesund abgerechnet.

§ 29 Ambulante Behandlung nicht zugelassener Leistungserbringer

(1) Auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V haben Versicherte Anspruch auf ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern, soweit die Leistungen medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die BIG direkt gesund mit den nicht zugelassenen Leistungserbringern eine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen hat.

(2) [1]Unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V schließt die BIG direkt gesund Vereinbarungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen nach Absatz 1. [2]Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Leistungserbringer im Inland oder in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz sein, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind und die über eine Qualifikation verfügen, die der Qualifikation der im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer oder der Qualifikation der im jeweiligen nationalen System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten vorgesehenen Leistungserbringer vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen. [3]Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten.

(3) Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Leistungen sind als Gegenstand von Vereinbarungen nach Absatz 2 ausgeschlossen.

(4) [1]Die BIG direkt gesund führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen Vereinbarungen nach Absatz 2 bestehen. [2]Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der BIG direkt gesund www.big-direkt.de veröffentlicht. [3]Es enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. [4]Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. [5]Die BIG direkt gesund stellt ihnen auf Wunsch die Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(5) [1]Für ärztlich veranlasste Leistungen besteht ein Anspruch in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen maximal jedoch in der Höhe der Vergütung, die die BIG direkt gesund bei Erbringung als Sachleistung im Rahmen der Regelversorgung getragen hätte. [2]Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. [3]Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und ärztlicher Bescheinigungen. [4]Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.

§ 30 Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Krankenhäuser

(1) [1]Auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V haben Versicherte Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus. [2]Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus als Privatkrankenanstalt/Privatentbindungsanstalt/ Privatnervenklinik nach § 30 der Gewerbeordnung (GewO) konzessioniert ist und die BIG direkt gesund mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen hat.

(2) [1]Unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V schließt die BIG direkt gesund mit nicht zugelassenen Krankenhäusern nach Abs. 1 Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlungen. [2]Vertragspartner der Vereinbarungen können nur nach § 30 GewO konzessionierte Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäuser vergleichbar ist und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.

(3) Voraussetzung für den Anspruch von Versicherten ist, dass diese

1. der BIG direkt gesund eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V vorgelegen,

2. das Krankenhaus eine mindestens gleichwertige Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus gewährleistet,
3. die Leistung vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden ist,
4. der BIG direkt gesund vor Beginn der Leistungserbringung ein Kostenvoranschlag des Krankenhauses vorgelegt wird und
5. die BIG direkt gesund vor der Krankenhausaufnahme der Behandlung zustimmt.

(4) [1]Die BIG direkt gesund führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen Vereinbarungen nach Absatz 2 bestehen. [2]Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der BIG direkt gesund www.big-direkt.de veröffentlicht. [3]Es enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. [4]Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. [5]Die BIG direkt gesund stellt ihnen auf Wunsch die Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 31 Krankengeld

(1) Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird das Krankengeld für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

(2) Freiwillige Mitglieder, die selbständig sind, und Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben, können mit Anspruch auf Krankengeld vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an versichert werden, wenn sie einen entsprechenden Wahltarif nach § 37 dieser Satzung gewählt haben oder wenn Sie gegenüber der BIG direkt gesund erklärt haben, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll.

(3) Künstler nach dem KSVG können mit Anspruch auf Krankengeld für den 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an versichert werden, wenn sie einen entsprechenden Wahltarif nach § 38 dieser Satzung gewählt haben.

§ 32 Leistungsausschluss nach dem SGB V

(1) [1]Personen, die sich in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung als Familienversicherte nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben keinen Anspruch auf Leistungen. [2]BIG direkt gesund kann vom Versicherten nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.

(2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme i. S. des § 52a SGB V ist dann gegeben, wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

(3) [1]Hinsichtlich des Nachweises des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, sind bereits bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen mit BIG direkt gesund neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthalts in Deutschland abzuklären. [2]In diesem Zusammenhang sollte insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss erfolgen sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber eingefordert werden, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für sich oder ihre familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. [3]In begründeten Fällen kann es zur Abklärung des Gesundheitszustandes zweckmäßig sein, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

(4) BIG direkt gesund beteiligt Versicherte an den Krankheitskosten, die auf medizinisch nicht indizierte Maßnahmen zurückgeführt werden und kann das Krankengeld versagen und zurückfordern.

Abschnitt 4 Wahltarife - Versichertenprämien

§ 33 Tarifbedingungen

(1) [1]Die Wahl eines Tarifs ist schriftlich zu erklären. [2]Der Tarif wird wirksam am ersten Tag des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendervierteljahres. [3]Personen, deren Mitgliedschaft unterjährig begründet wird, können abweichend von Satz 2 das Wahlrecht sofort zum Beginn der Mitgliedschaft ausüben. [4]Mitglieder können mehrere Tarife wählen. [5]Eine Kombination der Tarife Selbstbehalt (§§ 34 und 35) sowie Leistungsfreiheit (§ 36) ist ausgeschlossen. [6]Voraussetzung für die Auszahlung von Prämien an die Mitglieder ist die Wahl eines Tarifs. [7]Prämien nach §§ 34 und 36 werden ab dem 01.07. des Folgejahres ausgezahlt. [8]Die Zahlung der Prämie nach § 35 erfolgt im ersten Jahr der Tarifteilnahme vorab. [9]Danach wird die Prämie ab dem 01.07. des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr gezahlt. [10]Bei unterjährigem Beginn des Wahltarifs werden Selbstbehalte und Prämien nach §§ 34 bis 36 anteilig berechnet. [11]Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt BIG direkt gesund dem Mitglied die Kos-

ten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, bis zum geltenden Gesamt-Selbstbehalts nach § 35 Absatz 3 a) bis e). [12]Eine eventuelle Forderung von BIG direkt gesund gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

(2) [1]Für die Tarife Selbstbehalt (§ 34 und § 35) und Krankengeld (§§ 37 und 38) beträgt die Bindungsfrist drei Jahre, für den Tarif Leistungsfreiheit (§ 36) ein Jahr. [2]Erfüllt das Mitglied nicht mehr die Voraussetzungen des § 35 Absatz 1, endet der Wahltarif ab diesem Zeitpunkt.

(3) [1]Für alle Wahltarife mit Ausnahme der Tarife „Krankengeld" (§§ 37 und 38) gilt das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V. [2]Versicherte können mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf eines Jahres, frühestens jedoch zum Ablauf der jeweiligen Bindungsfrist, den Tarif schriftlich kündigen. [3]Nach Ablauf der Bindungsfrist verlängert sich die Wahl des Tarifs automatisch jeweils um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung des Tarifs erfolgt.

(4) [1]Abweichend von den in Abs. 2 geregelten Bindungsfristen ist eine vorzeitige Kündigung des gewählten Wahltarifs gemäß § 53 Abs. 8 S. 3 SGB V möglich. [2]Voraussetzung für eine vorzeitige Kündigung nach Satz 1 ist das Vorliegen einer besonderen Härte oder für freiwillige Mitglieder, dass sie ihre Mitgliedschaft zu Gunsten einer dem Grunde nach bestehenden Familienversicherung nach § 10 SGB V kündigen. [3]Das Vorliegen einer besonderen Härte ist vom Mitglied darzulegen und nachzuweisen. [4]Eine besondere Härte nach S. 2 liegt insbesondere dann vor, wenn dem Versicherten nach eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit eine Übernahme des gewählten Selbstbehaltes oder die aus einem Wahltarif resultierende Prämienverpflichtung nicht länger zugemutet werden kann. [5]Das Sonderkündigungsrecht wirkt zum Ablauf des Kalendermonats, in dem das Sonderkündigungsrecht vom Versicherten wirksam ausgeübt wird; § 9 Abs. 5 gilt.

(5) [1]Eine Prämienzahlung erfolgt nur, wenn die Beiträge des Mitgliedes vollständig gezahlt worden sind. [2]Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 v. H., für einen oder mehrere Tarife 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600,- €, bei einem oder mehreren Tarifen 900,- € jährlich betragen.

(6) Kommt das Mitglied seinen Zahlungsverpflichtungen nach den §§ 35, 37 und 38 nicht nach, werden für jede Mahnung Mahngebühren nach § 19 Abs. 2 Satz 2 VwVG erhoben.

(7) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach § 39 wählen.

§ 34 Selbstbehalt

(1) Mitglieder, die über beitragspflichtige Einnahmen verfügen und einen Teil der Beiträge selbst tragen, können jeweils für ein Kalenderjahr für sich einen Teil der von der BIG direkt gesund zu tragenden Kosten in Höhe von 450,- € übernehmen (Selbstbehalt).

(2) Es gelten die Tarifbedingungen in § 33.

(3) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

a) Leistungen zur Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V),

b) Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 22 SGB V),

c) medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,

d) Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V).

(4) Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erhalten Mitglieder eine Prämie. Die jährliche Prämie beträgt 300,- € bei einem Selbstbehalt von 450,- €.

§ 35 Selbstbehalt für Auszubildende und Studierende

(1) Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Auszubildende), Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V (selbstversicherte Studierende) sowie Mitglieder, die nur deshalb nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V versichert sind, weil sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V versicherungspflichtig sind (selbstversicherte Halbwaisenrentner) und die jeweils das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können jeweilig für ein Kalenderjahr für sich einen Teil der von der BIG direkt gesund zu tragenden Kosten in Höhe von 120,- € übernehmen (Selbstbehalt).

(2) Es gelten die Tarifbedingungen in § 33.

(3) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

a) Leistungen zur Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V),

b) Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 22 SGB V),

c) medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,

d) Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),

e) Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(4) [1]Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erhalten Mitglieder eine Prämie. [2]Die jährliche Prämie beträgt 100,- € bei einem Selbstbehalt von 120,- €.

§ 36 Leistungsfreiheit

(1) [1]Mitglieder,

a) die über beitragspflichtige Einnahmen verfügen und einen Teil der Beiträge selbst tragen sowie

b) im letzten Kalenderjahr länger als drei Monate bei BIG direkt gesund versichert waren und

c) in diesem Kalenderjahr für sich und ihre familienversicherten Angehörigen keine Leistungen zu Lasten von BIG direkt gesund in Anspruch genommen haben (Leistungsfreiheit),

erhalten eine Prämie. [2]Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten – mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b SGB V sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben – bleiben unberücksichtigt. [3]Die Prämienhöhe beträgt für das Kalenderjahr der Leistungsfreiheit 1/12 des während der Teilnahme getragenen Jahresbeitrages. [4]Bei Arbeitnehmern wird die Rückzahlungshöhe einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile ermittelt.

(2) Es gelten die Tarifbedingungen in § 33.

§ 37 Krankengeld für freiwillig versicherte hauptberuflich Selbständige und Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis auf einen kürzeren Zeitraum als zehn Wochen im Voraus befristet ist

(1) [1]Freiwillig versicherte Selbstständige und Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben, können nach § 53 Abs. 6 SGB V einen Wahltarif für den Anspruch auf Krankengeld vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an wählen. [2]Die Höhe des täglichen Krankengeldes richtet sich nach der Prämientabelle und darf 70 % des nach § 10 ermittelten beitragspflichtigen Einkommens aus der selbständigen Tätigkeit nicht übersteigen. [3]Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht ein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- und innerstaatlichen Rechts.

(2) [1]Es gelten die Tarifbestimmungen des § 33. [2]Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 SGB V bei der BIG direkt gesund, endet auch der Wahltarif mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft bei der BIG direkt gesund. [3]Endet die Teilnahme an diesem Tarif nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für diesen Tarif anteilig nach Kalendertagen berechnet. [4]Endet die Zugehörigkeit zum Personenkreis der Selbständigen bzw. Versicherten, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben, vor Ablauf von drei Jahren, endet auch die Teilnahme am Tarif Krankengeld. [5]Die Teilnahme an dem Tarif Krankengeld endet außerdem

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI.

[6]Mit dem Ende der Teilnahme an diesem Wahltarif Krankengeld endet auch der Anspruch auf Krankengeldzahlung aus diesem Tarif. [7]Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

(3) [1]Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben, und freiwillig versicherte Selbstständige, die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes voll erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig sind, können den Tarif nicht wählen. [2]Bezieht der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der vollen Erwerbsminderung Krankengeld, so endet der Anspruch auf Krankengeld spätestens 10 Wochen nach der Feststellung. [3]Dies gilt nicht, wenn der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung erfüllt und diese Rente beantragt ist. [4]Die Regelung nach diesem Absatz ist auch auf bestehende Versicherungsverhältnisse anzuwenden.

(4) Die Leistungsgewährung tritt mit Ablauf von drei Monaten nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der BIG direkt gesund ein (Wartezeit).

(5) [1]Ist der Antragsteller bei Ablauf der in § 33 Absatz 1 Satz 2 oder 3 genannten Frist arbeitsunfähig erkrankt, so wirkt der Wahltarif erst mit Ende dieser Arbeitsunfähigkeit. [2]Dies gilt nicht, wenn die Krankheit durch einen Unfall oder einen Arbeitsunfall verursacht wurde, der nach der Antragstellung eingetreten ist.

(6) Veränderungen des Einkommens sind vom freiwillig versicherten Selbständigen unverzüglich mittels amtlicher Unterlagen vom Finanzamt nachzuweisen; während einer laufenden Arbeitsunfähigkeit ist eine Anpassung des Wahltarifkrankengeldes ausgeschlossen.

(7) Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe der zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelte/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht.

(8) Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(9) [1]Für Mitglieder, die den Tarif Krankengeld gewählt haben, besteht für die Dauer des Wahltarifkrankengeldbezuges für diesen Tarif Prämienfreiheit. [2]Für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung besteht entsprechend des § 8 der „einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwillig versicherter Mitglieder" des GKV-Spitzenverbandes Beitragsfreiheit bei freiwillig Selbständigen, wenn die Höhe des Wahltarifkrankengeldes mindestens die Hälfte des fiktiven Krankengeldes nach § 47 SGB V beträgt.

(10) [1]Für die Teilnahme an dem Wahltarif ist vom Mitglied eine monatliche Prämie zu entrichten. [2]Die Höhe der Prämie ist der Prämientabelle zu diesem Tarif, die Bestandteil dieser Satzung ist, zu entnehmen. [3]Die Prämie ist jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu zahlen. [4]Der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange die Prämie nicht vollständig entrichtet wurde. [5]Eine Nachzahlung ist ausgeschlossen.

(11) [1]Ist eine Anpassung der monatlichen Prämie erforderlich, teilt die BIG direkt gesund dies dem Mitglied einen Monat vor dem Wirksamwerden schriftlich mit. [2]Das Mitglied kann die Teilnahme an dem Wahltarif, bei einer Prämienanpassung nach Satz 1 von mehr als 10 v. H. im Kalenderjahr abweichend von Absatz 9 innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung ohne Einhaltung der dreijährigen Bindungsfrist zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderungen schriftlich kündigen.

(12) [1]Der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Wahltarif besteht für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. [2]Bei der Ermittlung der Dauer des Krankengeldes gelten die Regelungen des § 48 SGB V.

§ 38 Krankengeld für Künstler nach dem KSVG

(1) [1]Die nach dem KSVG versicherten Mitglieder können nach § 53 Abs. 6 SGB V einen Wahltarif für den Anspruch auf Krankengeld für den 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. [2]Die Höhe des tgl. Krankengeldes richtet sich nach der Prämientabelle. [3]Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht ein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- und innerstaatlichen Rechts.

(2) Für die nach dem KSVG versicherten Mitglieder gelten die Absätze 2 bis 5 und 7 bis 11 des § 37 entsprechend.

Abschnitt 5 Versorgungsplus

§ 39 Besondere Versorgungsformen

(1) [1]Versicherte können einen Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 40 und 41 wählen. [2]Die Teilnahme an diesen Wahltarifen ist freiwillig und ist schriftlich zu erklären.

(2) [1]Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die jeweilige besondere Versorgungsform. [2]Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. [3]Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung informiert die BIG direkt gesund den Versicherten schriftlich über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und die Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten. [4]Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (z. B. Brief, Fax, Email) oder zur Niederschrift bei BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen. [5]Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an BIG direkt gesund. [6]Die Widerrufsfrist beginnt, wenn BIG direkt gesund dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. [7]Die Belehrung erfolgt textlich hervorgehoben in dem Formular der Teilnahmeerklärung, davon abweichend kann eine gesonderte Belehrung in Textform erfolgen. [8]Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. [9]Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich

nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung. [10]Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben wurden.

(3) [1]Mögliche Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen richten sich nach den §§ 40 und 41, es gilt § 33 Abs. 4. [2]Eine mögliche Prämienzahlung für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen erfolgt nur für Quartale, in denen die Versicherten durchgehend an einer besonderen Versorgungsform teilgenommen haben.

§ 40 Hausarztzentrierte Versorgung

(1) [1]Die BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen an mit

- Hausärzten,
- Gemeinschaften von Hausärzten,
- Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen oder
- kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden.

[2]Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten ist in den Teilnahmeerklärungen der jeweiligen Verträge geregelt.

§ 41 Besondere Versorgung

[1]BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. [2]Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. [3]Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den jeweiligen abgeschlossenen Verträgen. [4]Das Nähere zur Durchführung der

Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten ist in den Teilnahmeerklärungen des jeweiligen Vertrages geregelt. [5]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.

§ 42 Strukturierte Behandlungsprogramme

(1) [1]BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an. [2]Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

(2) Für die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm erhalten Versicherte nach Ablauf eines Kalenderjahres eine Prämie in Höhe von 10,- € pro Quartal.

(3) Es gelten Absatz 1 Sätze 1 bis 4 und Absatz 4 des § 33.

§ 43 Persönliche elektronische Gesundheitsakte nach § 68 SGB V[10]

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BIG direkt gesund 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 Kooperationsvertrags mit der BIG direkt gesund für die Versicherten tätig wird.

[10] § 43 wird m. W. ab dem 01.04.2022 durch Nr. 5 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021 gestrichen.

(3) Um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, schließen die Versicherten einen Vertrag mit dem Anbieter nach Absatz 2 ab. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BIG direkt gesund.

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

§ 44 Elektronische Patientenquittung

Die Unterrichtung über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten nach § 305 Abs. 1 SGB V kann auf Antrag des jeweils betroffenen Versicherten auch in elektronischer Form über das Internet erfolgen. Dies geschieht in der Weise, dass die entsprechenden Daten über verschlüsselte Verbindungen in die persönliche elektronische Gesundheitsakte (§ 43) des jeweiligen Versicherten eingestellt werden. Im Antragsformular ist der Versicherte auf dieses Verfahren hinzuweisen.

Abschnitt 6 Sondervorschriften für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 45 Anwendung von Satzungsbestimmungen

(1) Die vorstehenden Bestimmungen der Satzung sind in Angelegenheiten des Aufwendungsausgleichsgesetzes entsprechend anzuwenden, soweit nichts Anderes bestimmt ist.

(2) § 6 gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des AAG der Widerspruchsausschuss ausschließlich aus zwei Vertretern der Arbeitgeber zusammensetzt.

§ 46 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

(1) Am Ausgleich der durch Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall sowie Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation bedingten Arbeitgeberaufwendungen entsprechend § 1 Abs. 1 AAG nehmen – vorbehaltlich § 11 AAG – die Arbeitgeber teil, die in der Regel nicht mehr als dreißig Arbeitnehmer beschäftigen (U1-Verfahren).

(2) Am Ausgleich der durch Mutterschaft bedingten Arbeitgeberaufwendungen entsprechend § 1 Abs. 2 AAG nehmen – vorbehaltlich § 11 Abs. 2 AAG – alle Arbeitgeber teil (U2-Verfahren).

(3) Am Ausgleich der in den Absätzen 1 und 2 genannten Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die ausschließlich Auszubildende beschäftigen.

§ 47 Bemessung der Umlage

(1) Der Umlagesatz beträgt für das Ausgleichsverfahren nach

a)	§ 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren)	3,3 v. H.	(allgemeiner Umlagesatz),
b)	§ 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren)	2,2 v. H.	(ermäßigter Umlagesatz),
c)	§ 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren)	0,4 v. H.	

(2) Die Umlage berechnet sich entsprechend § 7 Abs. 2 AAG aus den Arbeitsentgelten, nach denen die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für die im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und Auszubildenden bemessen werden oder bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessen wären.

(3) [1]Bei der Berechnung der Umlage für die Aufwendungen nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) sind Entgelte von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, deren Beschäftigungsverhältnis bei einem Arbeitgeber nicht länger als vier Wochen besteht und bei denen wegen der Art des Beschäftigungsverhältnisses aufgrund des § 3 Abs. 3 EFZG kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entstehen kann, nicht zu berücksichtigen. [2]Einmalig gezahlte Arbeitsentgelte nach § 23a SGB IV sind bei der Berechnung der Umlagen für die Aufwendungen nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) sowie § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nicht zu berücksichtigen.

(4) Für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld bemessen sich die Umlagen nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

§ 48 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

(1) [1]Die Höhe der Erstattungen nach § 1 Abs. 1 AAG beträgt grundsätzlich 80 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 EFZG und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts (allgemeiner Erstattungssatz). [2]Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz auf 60 v. H. ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz). [3]Mit den in den Sätzen 1 und 2 genannten Erstattungssätzen sind auch der auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallende Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und der Arbeitgeberanteil nach § 172 Abs. 2 SGB VI abgegolten. [4]Die Höhe des nach Satz 1 maßgeblichen

Arbeitsentgelts ist begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung.

(2) Die Höhe der Erstattungen nach § 1 Abs. 2 AAG beträgt 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld.

(3) Die Höhe der Erstattungen nach § 1 Abs. 2 AAG beträgt 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 11 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts sowie des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie der darauf entfallenden Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI.

(4) [1]Die Erstattung wird auf Antrag des Arbeitgebers erbracht. [2]Sie erfolgt, sobald der Arbeitgeber Arbeitsentgelt nach § 3 Abs. 1 und 2 EFZG und § 9 Abs. 1 EFZG, Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG oder einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlt hat.

(5) BIG direkt gesund gewährt auf Antrag angemessene Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 AAG.

§ 49 Bildung von Betriebsmitteln[11]

(1) Die BIG direkt gesund verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.

(2) Die Betriebsmittel dürfen nach § 9 Abs. 3 AAG den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

§ 50 Haushaltsplan

[1]Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt. [2]Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat stellen ihn fest.

§ 51 Jahresrechnung

Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung sowie die Abnahme der Jahresrechnung beschließen die Vertreter der Arbeitgeber.

[11] § 49 neu gefasst m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 6 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.

Abschnitt 7 Abschließende Bestimmungen

§ 52 Auskunft an Versicherte nach § 305 SGB V

(1) [1]Auskunft zu den im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (§ 305 Abs. 1 SGB V) sowie zu zugelassenen Leistungserbringern und über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen (§ 305 Abs. 3 SGB V) wird dem Versicherten auf Verlangen mündlich oder schriftlich erteilt; für die elektronische Übermittlung gilt § 44. [2]Die Akteneinsicht durch Beteiligte (§ 25 Abs. 2 SGB X) gilt entsprechend.

(2) Die Auskunft ist kostenfrei, soweit die Erfüllung des Auskunftsbegehrens nicht mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist.

§ 53 Bekanntmachungen/öffentliche Zustellung

(1) [1]Die Satzung von BIG direkt gesund und sonstiges autonomes Recht werden unverzüglich nach Eingang der Genehmigung des Bundessamtes für Soziale Sicherung im Internet unter „https://www.big-direkt.de/unternehmen/satzungen_der_big.html“ veröffentlicht und mit der Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. [2]Sonstige Bekanntmachungen werden im Internet unter „https://www.big-direkt.de“ veröffentlicht. [3]Die jeweilige Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. [4]Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

(2) Die öffentliche Zustellung nach § 10 Absatz 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung im Internet unter „www.big-direkt.de“. Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt zwei Wochen. Auf der Anordnung sind der Tag der Veröffentlichung, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung und der Tag der Entfernung von der Internetseite sichtbar zu vermerken.

(3) [1]BIG direkt gesund veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. [2]Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. [3]Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 54 Aufsicht

[1]Die Aufsicht über BIG direkt gesund führt das Bundesamt für Soziale Sicherung. [2]Soweit BIG direkt gesund Aufgaben eines Landesverbandes in Berlin wahrnimmt, führt die Aufsicht die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung des Landes Berlin.

§ 55 Inkrafttreten

[1]Die Satzung ist am 8. Dezember 2020 in den Sitzungen der Verwaltungsräte der actimonda BKK und der BundesInnungskrankenkasse Gesundheit beschlossen worden; der Abschnitt 6 jeweils nur von den Vertretern der Arbeitgeber. [2]Sie tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Anhang 1 zu § 4 der Satzung der BundesInnungskrankenkasse Gesundheit

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltung

I. Tagegeld

Das Tagegeld bemisst sich nach § 9 Abs. 4a Satz 3 des Einkommensteuergesetzes in der jeweils gültigen Fassung. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld gemäß § 9 Abs. 4a Satz 8 des Einkommensteuergesetzes in der jeweils gültigen Fassung gekürzt. Abweichend von Satz 2 können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a Satz 3 Nr. 3 des Einkommensteuergesetzes in der jeweils gültigen Fassung nicht übersteigen.

II. Übernachtungsgeld

1. Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 €. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.
2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.
3. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

III. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

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

IV. Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld

Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z. Zt. 0,30 €/km)

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte.

Bei Flügen sind grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse erstattungsfähig.

3. Bahnkarten
    a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
    b) Aufpreise und Zuschläge für Züge
    c) Reservierungsentgelte
    d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.
4. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten
    a) öffentlicher Nahverkehr
    b) Zubringer zum Flugplatz
    c) Taxi
    d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung
    e) Post- und Telekommunikationskosten
    f) Parkplatz- und Garagenkosten
    g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

V. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten[12]

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

VI. Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

1. Als Pauschbetrag für alle weiteren baren Auslagen, die im Interesse der Wahrnehmung der Aufgaben entstehen, wie Kosten, die durch Zurverfügungstellung der eigenen Wohnräume für Aufgaben der Kasse eintreten, Telefongebühren, Porti, Schreibmaterial usw. erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates und sein Stellvertreter eine monatliche Pauschale in Höhe von 68,- €.

[12] Ziffer V. neu eingefügt m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 7 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.

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

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

VII. Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. [1]Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag i. H. v. 79 € gezahlt.[13] [2]Die Vorsitzenden der Ausschüsse und deren Stellvertreter erhalten bei Sitzungen der Ausschüsse kalendertäglich den 2-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand.

2. Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates und sein Stellvertreter eine monatliche Pauschale in Höhe des Siebenfachen des Pauschalbetrages nach Nr. 1 Satz 1.

3. [1]Anderen Organmitgliedern kann ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrags für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

4. Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

VIII. Ersatz für entgangenen Bruttoverdienst bzw. Verdienstausfall sowie für Beiträge zur Rentenversicherung

[1]Die Entschädigung nach § 41 Abs. 2 SGB IV beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße. [2]Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. [3]Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet. [4]Erstattet werden die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung.

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

[1]Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen des Verwaltungsrats und seiner Ausschüsse am selben Tag werden für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag

[13] Ziffer VII S. 1. neu gefasst m. W. ab dem 11.01.2022 durch Nr. 8 des 2. Satzungsnachtrags vom 09.12.2021.

für Zeitaufwand gewährt. [2]Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

Anhang 2 zu §§ 37, 38 Krankengeld - Prämientabellen

Prämientabelle für freiwillig versicherte Selbständige zu § 37

für den Beginn der Krankengeldzahlung ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit

Kalendertägliches Krankengeld	monatliche Prämie
55,00 €	36,50 €

Prämientabelle für Künstler und Publizisten zu § 38

für den Beginn der Krankengeldzahlung ab dem 15. und bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit

Kalendertägliches Krankengeld	monatliche Prämie
20,00 €	5,00 €

Anhang 3 zu § 18 Bonusprogramm BIGtionär für gesundheitsbewusstes Verhalten:

Teilnahmebedingungen

Teilnahmebedingungen nach §18
Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Mit ihrem Bonusprogramm leistet die BIG direkt gesund einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

(1) Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberichtigt am Bonusprogramm „BIGtionär" sind alle Versicherten der BIG direkt gesund. Versicherte unter 15 Jahren nehmen mit Einwilligung der gesetzlichen Vertretung teil.

(2) Bonuszeitraum

Bonuszeitraum ist jeweils das Kalenderjahr. Tritt eine versicherte Person dem Bonusprogramm unterjährig bei, endet der erste Bonuszeitraum zum 31.12. des Beitrittsjahres (anteiliger Bonuszeitraum). Boni werden immer dem jeweiligen Bonuszeitraum zugeordnet, in dem die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen wurden.

(3) Bonus

[1]Einen Bonus erhält jede versicherte Person für Leistungen, die im jeweiligen Bonuszeitraum nach Absatz 2 erbracht wurden. [2]Die Auszahlung des Bonus erfolgt spätestens zum 31.12. des Folgejahres. [3]Teilzahlungen sind möglich, nachdem die Mindestvoraussetzungen für eine Bonifizierung erreicht wurden. [4]Die Auszahlung erfolgt bargeldlos oder in Form von Gutscheinen. [5]Der Auszahlungsbetrag wird durch die BIG direkt gesund ermittelt. [6]Die Bonuskonten der Teilnehmer am Bonusprogramm werden nach der abschließenden Auszahlung im Folgejahr stets auf Null gesetzt. [7]Der bis dahin gesammelte und ggf. teilweise ausgezahlte Bonus wird bis zur Abrechnung separat gespeichert. [8]Die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung hat die Gutschrift des Bonus zu überprüfen und Beanstandungen innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich bekannt zu geben. [9]Eine rückwirkende Änderung abgerechneter Kalenderjahre findet nicht statt. [10]Sofern die BIG direkt gesund gegenüber dem Mitglied zum Zeitpunkt der Auszahlung offene Forderungen hat, können diese mit dem Auszahlungsbetrag verrechnet werden.

(4) Bonus-Voraussetzungen

a) [1]Die Teilnehmer, die an dem Teilbereich für gesundheitsbewusstes Verhalten des Bonusprogramms teilnehmen, haben Anspruch auf eine Bonuszahlung, wenn sie in dem jeweiligen Bonusjahr in dem Teilbereich für gesundheitsbewusstes Verhalten eine Leistung aus dem Maßnahmenkatalog gemäß Anhang 4 in Anspruch nehmen. In dem Teilbereich primäre Prävention und Gesundheitsförderung erhalten Versicherte einen Bonus, wenn Sie entweder in der Maßnahmengruppe primäre Prävention und Gesundheitsförderung zwei durchgeführte Kurse pro Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Für diese beiden Kurse erhalten sie jeweils 5 € im Bonusprogramm gutgeschrieben. Oder die Versicherten nehmen mindestens einen Kurs aus der Maßnahmengruppe primäre Prävention und Gesundheitsförderung und zusätzlich mindestens eine Maßnahme aus der Maßnahmengruppe Vitalwerte in Anspruch. In der Maßnahmengruppe Vitalwerte erhält die versicherte Person je Maßnahme jeweils 1 x

je Kalenderjahr jeweils 20 € je Maßnahme. Bonifiziert werden in der Maßnahmengruppe primäre Prävention und Gesundheitsförderung maximal zwei durchgeführte Kurse je Kalenderjahr.

b) Um versicherten Personen einen stärkeren Anreiz zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu geben, erhalten Teilnehmer, die an dem Teilbereich für gesundheitsbewusstes Verhalten des Bonusprogramms teilnehmen nach Erfüllung der Voraussetzungen von Absatz 4 Buchstabe a) für ihre erstmalige Teilnahme an dem Teilbereich für gesundheitsbewusstes Verhalten des Bonusprogramms einen einmaligen Starter-Bonus i. H. v. 40 €.

(5) Plus-Bonus

Versicherte Personen, die die unten genannten Voraussetzungen erfüllen, erhalten einmal je Kalenderjahr zusätzlich zu dem Bonus nach Absatz 3 einen Plus-Bonus i. H. v. weiteren 100 € nach Anhang 5 dieser Satzung. Der jeweilige Bonus und der jeweilige Plus-Bonus stehen der versicherten Person als Gesundheitsguthaben zur Verfügung.

Versicherte erhalten den Plus-Bonus, wenn sie nachweislich erfolgreich am Online-Gesundheitscoaching der BIG direkt gesund teilnehmen und das zu Beginn des Coachings festgelegte individuelle Gesundheitsziel erreichen (je erreichtem Gesundheitsziel 50 €, maximal zwei Gesundheitsziele).

Der Plus-Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Anhang 5 zur Satzung von BIG direkt gesund gezahlt. Dies gilt nur für Leistungen, die während des jeweiligen Bonus-Zeitraums in Anspruch genommen wurden. Der Anspruch auf den Plus-Bonus entsteht erst nach Übersendung der Rechnungskopie. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Höhe des Plus-Bonus werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet und dem Versicherten wird gegebenenfalls der Differenzbetrag bis zur Höhe des in dem jeweiligen Bonus-Zeitraum erreichten Bonus nach Absatz 3 ausgezahlt.

Der Übertrag einzelner Maßnahmen auf andere Teilnehmer oder in das Folgejahr ist nicht möglich.

(6) Nachweise

[1]Die Teilnehmer weisen die Inanspruchnahme von Leistungen nach Absatz 4 Buchstabe a) im jeweiligen Teilnahmezeitraum durch ärztliche Bescheinigungen oder die Teilnahmebestätigung des Leistungserbringers oder des durchführenden Anbieters bzw. Veranstalters nach. [2]Kosten, die für die Erstellung oder durch die Übersendung der Nachweise anfallen, werden nicht erstattet. [3]BIG direkt gesund behält sich Prüfungen vor. [4]Eine Rückgabe der eingesandten Nachweise erfolgt nicht. [5]Die Teilnahme an bestimmten Angeboten der BIG direkt gesund wird automatisch gutgeschrieben. [6]Die Angaben zu Vorsorgeuntersuchungen werden durch BIG direkt gesund überprüft.

Anhang 4 zu § 18 Bonusprogramm BIGtionär: Maßnahmenkataloge

Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten
Teilbereich für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a Abs. 1 SGB V)
Maßnahmenkatalog nach §18

- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung 2 x pro Kalenderjahr, für die erste Zahnvorsorge 20 € Bonusbetrag, für die zweite Zahnvorsorge weitere 5 € Bonusbetrag.
- Untersuchung zur Krebsfrüherkennung (Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA in Verbindung mit §25 Abs. 2 SGB V) jeweils 20 € Bonusbetrag
- Impfungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie) jeweils 20 € Bonusbetrag
- U7-U11 und J1 sowie J2 in Verbindung mit § 26 SGB V, jeweils 5 € Bonusbetrag
- Check-up 35 in Verbindung mit § 25 SGB V, 5 € Bonusbetrag
- Hautkrebsscreening in Verbindung mit § 25a SGB V, 5 € Bonusbetrag.
- Babybonus (Schwangerenvorsorge gem. § 24d SGB V durch die Kindsmutter, U1-U6, Schutzimpfungen im ersten Lebensjahr des Kindes gem. Schutzimpfungsrichtlinie).**

Bonusprogramm BIGtionär
Teilbereich für primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 1a SGB V)

Maßnahmengruppe primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V, § 18 BIG direkt gesund Satzung, Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes)***

- Bewegung.
- gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion.
- Stressbewältigung oder Entspannung.
- Suchtmittelkonsum.

Maßnahmengruppe Vitalwerte**

- altersgerechter Body-Maß-Index (Nachweis muss durch ein ärztliches Attest erfolgen*) 1 x pro Kalenderjahr 20 € Bonusbetrag.
- Blutdruck (Nachweis muss durch ein ärztliches Attest erfolgen*) 1 x pro Kalenderjahr20 € Bonusbetrag.

* die Kosten für die Ausstellung eines ärztlichen Attests sind gem. Anhang 3 Absatz 6 Satz 2 nicht erstattungsfähig und sind somit von der versicherten Person selbst zu tragen.
** als Babybonus erhält die versicherte Person einmalig 200 € gutgeschrieben.
*** Die versicherte Person erhält für maximal zwei durchgeführte Kurse pro Kalenderjahr jeweils 5 € im Bonusprogramm gutgeschrieben.
**** Die versicherte Person erhält je Maßnahme in der Maßnahmengruppe Vitalwerte jeweils 1 x je Kalenderjahr jeweils 20 € je Maßnahme

Anhang 5 zu § 18 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten: Plus-Bonus

Plus-Bonus

[1]Versicherte Personen, die den Plus-Bonus von BIG direkt gesund gewählt haben, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen. [2]Dies gilt nur, sofern BIG direkt gesund nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. [3]Gesetzliche Zuzahlungen sind von dem Zuschuss ausgenommen.

[4]Ein Plus-Bonus von bis zu 100 € wird für folgende Leistungen gewährt:

- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus;
- private Zusatzversicherungsverträge im Sinne von § 22 der Satzung von BIG direkt gesund sowie im Sinne von § 16 der Satzung der BIG direkt gesund Pflegekasse sowie Berufsunfähigkeitsversicherungen und Unfallversicherungen;
- Inanspruchnahme von durch die versicherte Person selbst gezahlten Gesundheitsleistungen.

Anhang 6 zu § 28 Ärztliche Zweitmeinung

Onkologische Erkrankungen im Sinne des § 28 Absatz 2 Buchstabe b) der Satzung:

C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15-C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30-C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40-C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43-C44 Bösartige Neubildungen der Haut (Melanom und sonstige)
C45-C49 Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50-C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51-C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60-C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64-C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69-C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73-C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
C97-C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen