

Satzung

der

BundesInnungskrankenkasse

Gesundheit

- BIG direkt gesund -

Berlin

Stand: 03.09.2019

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1 Verfassung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk	Seite 6
§ 2	Organe	Seite 7
§ 3	Verwaltungsrat.....	Seite 7
§ 4	Bemessung der Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates.....	Seite 9
§ 5	Versichertenälteste, Vertrauensleute	Seite 9
§ 6	Widerspruchsausschuss	Seite 10
§ 7	Vorstand	Seite 11

Abschnitt 2 Mitgliedschaft und Beiträge

§ 8	Versicherter Personenkreis	Seite 12
§ 9	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	Seite 13
§ 10	Einstufung und Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder und besondere Versicherungspflichtige	Seite 14
§ 11	Aufbringung der Mittel.....	Seite 15
§ 12	Zusatzbeitragssatz	Seite 15
§ 13	Fälligkeit der Beiträge und Abgabe des Beitragsnachweises	Seite 15
§ 14	Vorschüsse, Erstattungen	Seite 15
§ 15	Rücklage	Seite 15

Abschnitt 3 Leistungen

§ 16	Leistungen.....	Seite 16
§ 17	Schutzimpfungen	Seite 16
§ 18	Gesund bleiben (Leistungen der primären Prävention)	Seite 16
§ 19	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	Seite 18
§ 20	Gesund arbeiten (Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung)	Seite 18
§ 21	Kostenerstattung.....	Seite 19
§ 22	Kostenerstattung bei Arzneimitteln im Einzelfall.....	Seite 21
§ 23	Zusatzversicherungen	Seite 22
§ 24	Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	Seite 22
§ 25	Häusliche Krankenpflege	Seite 22

§ 26	Haushaltshilfe	Seite 23
§ 27	Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V	Seite 23
§ 27a	Ärztliche Zweitmeinung	Seite 25
§ 28	Krankengeld.....	Seite 27
§ 29	Leistungsausschluss nach dem SGB V.....	Seite 28

Abschnitt 4 Wahltarife - Versichertenprämien

§ 30	Tarifbedingungen	Seite 28
§ 31	Selbstbehalt	Seite 30
§ 31a	Selbstbehalt für Auszubildende und Studierende	Seite 30
§ 32	Leistungsfreiheit.....	Seite 31
§ 33	Krankengeld für freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige und Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis auf einen kürzeren Zeitraum als zehn Wochen im Voraus befristet ist.....	Seite 32
§ 34	Krankengeld für Künstler nach dem KSVG	Seite 34

Abschnitt 5 Versorgungsplus

§ 35	Besondere Versorgungsformen.....	Seite 35
§ 36	Hausarztzentrierte Versorgung.....	Seite 36
§ 37	Besondere Versorgung.....	Seite 36
§ 38	Weiterentwicklung der Leistungen - Modellvorhaben zur autonomen Heilmittelerbringung durch Physiotherapeuten.....	Seite 37
§ 39	gestrichen	Seite 38
§ 40	Strukturierte Behandlungsprogramme	Seite 38
§ 41	Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	Seite 38
§ 42	Elektronische Gesundheitsakte.....	Seite 38
§ 43	Elektronische Patientenquittung.....	Seite 39

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

§ 44	Anwendung von Satzungsbestimmungen	Seite 39
§ 45	Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	Seite 39
§ 46	Bemessung der Umlage	Seite 40
§ 47	Höhe der Erstattungen, Vorschüsse	Seite 40
§ 48	Bildung von Betriebsmitteln.....	Seite 41
§ 49	Haushaltsplan	Seite 41

§ 50	Jahresrechnung.....	Seite 41
------	---------------------	----------

Abschnitt 7 Abschließende Bestimmungen

§ 51	Datenschutz	Seite 41
------	-------------------	----------

§ 52	Auskunft an Versicherte.....	Seite 42
------	------------------------------	----------

§ 53	Bekanntmachungen/öffentliche Zustellung.....	Seite 42
------	--	----------

§ 54	Aufsicht.....	Seite 42
------	---------------	----------

§ 55	Inkrafttreten.....	Seite 43
------	--------------------	----------

Anhang 1 zu § 4 der Satzung der BundesInnungskrankenkasse Gesundheit	Seite 44
--	----------

Anhang 2 zu §§ 28a, 28b Krankengeld – Prämientabelle	Seite 47
--	----------

Anhang 3 zu § 32c Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	Seite 48
--	----------

Anhang 4 zu § 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	Seite 49
--	----------

Anhang 4a zu § 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	Seite 51
--	----------

Anhang 4b zu § 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	Seite 53
--	----------

Anhang 5 zu § 27a Ärztliche Zweitmeinung	Seite 54
--	----------

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) ¹Die Innungskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. ²Sie führt den Namen: BundesInnungskrankenkasse Gesundheit – Kurzform: BIG direkt gesund. ³Sie ist am 1. Januar 2015 durch die Vereinigung von BIG direkt gesund mit der BKK VICTORIA-D.A.S. entstanden. ⁴Sie hat gem. § 207 Abs. 4 SGB V am Rechtssitz zugleich die Rechtsstellung eines Landesverbandes.

(2) Der Rechtssitz von BIG direkt gesund ist Berlin.

(3) ¹Das Geschäftsgebiet der Innungskrankenkasse erstreckt sich auf

- den Bezirk der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (KdöR) 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
- D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-Aktiengesellschaft, München, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- 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

²Sie 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 Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 7 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.
- (2) ¹Zwischen dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates findet jährlich ein Wechsel statt. ²Der Wechsel erfolgt jeweils mit Beginn des Kalenderjahres. ³Bei Neuwahl findet erstmalig mit Beginn des zweiten Kalenderjahres, das auf die Wahl folgt, ein Wechsel statt.
- (3) ¹Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht von BIG direkt gesund. ²Durch Gesetz oder sonstiges für BIG direkt gesund maßgebendes Recht können Fälle vorgesehen werden, in denen der Verwaltungsrat Beschlüsse fasst. ³Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:
 - a) Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates,
 - b) Wahl des Vorstandes sowie aus seiner Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter,

- c) Amtsenthebung und -entbindung des Vorstandes,
 - d) Anstellung, Festlegung der Vertragsbedingungen oder Auflösung des Vertrages der gewählten Vorstandsmitglieder,
 - e) Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses gemäß § 6,
 - f) Überwachung des Vorstandes,
 - g) Entscheidungen über alle Angelegenheiten, die für BIG direkt gesund von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 - h) Änderung der Satzung,
 - i) Feststellung des Haushaltsplanes,
 - j) 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,
 - k) Abnahme der Jahresrechnung sowie Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung,
 - l) Vertretung von BIG direkt gesund gegenüber dem Vorstand,
 - m) Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
 - n) Festsetzung der Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates,
 - o) Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
 - p) Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreter,
 - q) Feststellung über die Nachfolge eines ausgeschiedenen Mitgliedes bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitgliedes des Verwaltungsrates,
- (4) 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. Näheres regelt die Geschäftsordnung.
- (5) Das Vertretungsrecht nach Abs. 3 Buchstaben f) und l) wird durch den Vorsitzenden und den stv. Vorsitzenden gemeinsam ausgeübt.
- (6) Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen schriftlich abstimmen:
- a) Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben.

- b) Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts und Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten handelt. Außerdem kann der Verwaltungsrat dann schriftlich abstimmen, wenn Änderungen erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen.
- c) Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einer seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist.

(7) 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

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

§ 5 Versichertenälteste, Vertrauensleute

(1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauensleute 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 des Versichertenältesten oder des Vertrauensmannes oder der Vertrauensfrau im Amt nach. Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.

- a) Versichertenälteste können gewählt werden für Servicestellenbereiche der IKK.

(2) 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.
- e) Vertrauensleute können gewählt werden für Servicestellenbereiche von BIG direkt gesund.

(3) Die Vertrauensleute 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,
- b) die Interessen von BIG direkt gesund in den Betrieben wahrzunehmen,
- c) die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten,
- d) Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzuregen und zu fördern.

(4) Die Versichertenältesten/Vertrauensleute 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) ¹Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird an vom Vorstand beauftragte Mitarbeiter und einen Widerspruchsausschuss im Sinne eines besonderen Ausschusses nach § 36 a SGB IV übertragen. ²Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Dortmund. ³Die 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,
- Widersprüche betreffend die Ansprüche auf ambulante Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Individuelle Gesundheitsleistungen,

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide. ⁴In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Mitarbeiter von BIG direkt gesund betreffen, wird die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides dem Widerspruchsausschuss übertragen.¹

- (2) ¹Der Widerspruchsausschuss besteht aus vier Mitgliedern. ²Mitglieder sind zwei Vertreter der Versicherten und zwei Vertreter der Arbeitgeber. ³Für 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) ¹Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß einberufen und mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend sind. ²Die Beschlüsse werden mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. ³Bei 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 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.
- (7) Die Entschädigung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses richtet sich nach Anlage 1 zu § 4 dieser Satzung.

§ 7 Vorstand

- (1) ¹Dem Vorstand gehören zwei Mitglieder an. ²Der 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) ¹Dem Vorstand obliegt die operative Führung der Kasse. ²Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

¹ § 6 Abs. 1 neu gefasst m. W. v. 30.12.2017 durch Nr. 1 des 9. Satzungsnachtrags vom 14.12.2017.

- 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) die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen 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 in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest.

Abschnitt 2 Mitgliedschaft und Beiträge

§ 8 Versicherter Personenkreis

(1) ¹Mitglieder von BIG direkt gesund sind

- a) versicherungspflichtig Beschäftigte,
- b) Leistungsempfänger nach dem SGB II,
- c) Leistungsempfänger nach dem SGB III,
- d) Künstler und Publizisten,
- e) Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

- f) Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung,
- g) behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
- h) behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
- i) Studenten und Berufspraktikanten,
- j) Rentenantragsteller und Rentner,
- k) Bezieher von Vorruhestandsgeld,
- l) Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall,
- m) freiwillig Versicherte

sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, und die BIG entsprechend den Vorschriften des SGB V gewählt wurde. ²Versicherungsberechtigte 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.

(2) Versichert sind auch der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und BIG direkt gesund zuständig ist bzw. bei mehrfacher Erfüllung der Voraussetzungen gewählt wurde.

§ 9 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) ¹Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften. ²Das Mitglied ist an die Wahl von BIG direkt gesund mindestens achtzehn Monate gebunden. ³Eine 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. ²BIG 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.³Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.⁴Kommt 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.²

- (3) ¹Die 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. ²Ist 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 1 kündigen, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.
- (5) ¹Freiwillig 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. ²Die Mitgliedschaft endet in diesem Fall mit dem Tag, der dem Tag des Anspruchs auf Familienversicherung nach § 10 SGB V vorangeht.
- (6) ¹Ist das Mitglied an einen Wahltarif nach § 53 SGB V gebunden, gilt die jeweilige Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V. ²Eine 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 Einstufung und Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder und besondere Versicherungspflichtige

Die Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder und weiterer Mitgliedergruppen richtet sich nach den „einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge“ des GKV-Spitzenverbandes.

² § 9 Abs. 2 S. 2-4 neu eingefügt m. W. v. 01.01.2015 durch Nr. 1 des 1. Sitzungsnachtrags vom 05.03.2015.

§ 11 Aufbringung der Mittel

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

§12 Zusatzbeitragsatz³

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

1,0 v. H.

§ 13 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.

§ 14 Vorschüsse, Erstattungen

(1) ¹Von 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. ²Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

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

§ 15 Rücklage

¹Die Rücklage nach § 261 SGB V beträgt 50 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.

²Diese sind die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie die Verwaltungskosten, die Auffüllung der Rücklage und die Bildung von Verwaltungsvermögen.

³ § 12 geändert m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 1 des 4. Satzungsnachtrags vom 14.12.2015.

Abschnitt 3 Leistungen

§ 16 Leistungen

¹Die 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 und 26),
- zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

§ 17 Schutzimpfungen

(1) ¹BIG direkt gesund übernimmt Schutzimpfungen gemäß § 20i Abs. 1 und Abs. 2 SGB V⁴. ²Dies gilt nicht, soweit ein anderer Kostenträger vorrangig gesetzlich verpflichtet ist.

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

(3) ¹Die Leistung wird grundsätzlich als Sachleistung erbracht. ²BIG direkt gesund übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen nach Abs. 2 je Impfstoff mit dem dazugehörigen Honorar nach Vorlage spezifizierter Rechnungen.⁵

§ 18 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

⁴ § 17 Abs. 1 S. 1 geändert m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 1 des 3. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

⁵ § 17 Abs. 3 S. 2 geändert m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 2 des 3. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

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) ¹Soweit BIG direkt gesund Präventionsleistungen selber erbringt oder durch Dritte in ihrem Auftrag erbringen lässt, wird für diese keine Kostenbeteiligung der Versicherten erhoben⁶. ²Für 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 gewährt⁷. ³Die Förderung nach den Absätzen 1 und 2 ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

⁶ § 18 Abs. 2 S. 1 neu eingefügt m. W. v. 02.08.2018 durch Nr. 1 des 12. Sitzungsnachtrags vom 10.07.2018.

⁷ § 18 Abs. 2 S. 2 ergänzt m. W. v. 23.07.2015 durch Nr. 1 des 2. Sitzungsnachtrags vom 23.06.2015.

§ 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten⁸

- (1) ¹Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. ²Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. ³Sie ist so lange gültig, bis der Teilnehmer die Programmteilnahme kündigt oder das Programm beendet wird. ⁴Kündigungstermin für Teilnehmer ist jeweils der 31. Dezember eines Jahres. ⁵Die Teilnahme am Bonusprogramm endet automatisch mit dem Ende der Mitgliedschaft.⁹
- (2) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V, Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder 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 4 bis 4b zu dieser Satzung geregelt.

§ 20 Gesund arbeiten (Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung)

- (1) ¹Arbeitgeber, 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.¹⁰ ²BIG direkt gesund kann dazu mit von ihr ausgewählten Arbeitgebern einen Bonusvertrag schließen, in dem die Voraussetzungen zur Gewährung des Bonus vereinbart werden. ³Die 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. ⁴Voraussetzung 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. ⁵Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

⁸ § 19 neu gefasst m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 3 des 3. Satzungsantrags vom 14.12.2015.

⁹ § 19 Abs. 2 S. 2 gestrichen m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 1 des 14. Satzungsantrags vom 18.03.2019.

¹⁰ § 20 Abs. 1 S. 1 ergänzt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 1 des 13. Satzungsantrags vom 12.12.2018.

- (2) ¹Der 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.¹¹ ²Dieser 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) 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. Es werden maximal zwei Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.¹²

§ 21 Kostenerstattung

- (1) ¹Versicherte können gemäß § 13 Abs. 1 und 2 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. ²Hierüber haben sie BIG direkt gesund vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. ³Der 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. ⁴Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung von BIG direkt gesund in Anspruch genommen werden. ⁵Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. ⁶Die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 95b Abs. 3 S. 1 SGB V im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.
- (2) ¹Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung des Versicherten gegenüber BIG direkt gesund ausgeübt. ²Der Zeitraum beginnt mit dem ersten Tag des auf den Zugang der

¹¹ § 20 Abs. 2 S. 1 ergänzt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 2 des 13. Satzungenachtrags vom 12.12.2018.

¹² § 20 Abs. 3 und 4 neu eingefügt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 3 des 13. Satzungenachtrags vom 12.12.2018.

Erklärung folgenden Kalendervierteljahres. ³Wird 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) ¹Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die BIG direkt gesund bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. ²Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. ³Der 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. ⁴Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50 Euro für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen¹³. ⁵Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert i.H.v. 36 Prozent des jeweiligen Rechnungsbetrags. ⁶In diesem Fall gilt Satz 4 nicht¹⁴. ⁷Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages; in diesem Fall ist der Versicherte an das Ergebnis des individuell ermittelten Erstattungsbetrages gebunden.

(6) ¹Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und ärztlicher Bescheinigungen¹⁵. ²Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.

(7) ¹Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in

¹³ § 21 Abs.5 S. 4 eingefügt m. W. v. 23.07.2015 durch Nr. 2 des 2. Sitzungsnachtrags vom 23.06.2015.

¹⁴ § 21 Abs.5 S. 6 eingefügt m. W. v. 23.07.2015 durch Nr. 3 des 2. Sitzungsnachtrags vom 23.06.2015.

¹⁵ § 21 Abs. 6 S. 1 geändert m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 4 des 3. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

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 10 v. H., mindestens 3 € und maximal 50 € für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung 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.

§ 22 Kostenerstattung bei Arzneimitteln im Einzelfall

- (1) ¹Versicherte 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) ¹Bei 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. ⁴Für Kosten, die über den Festbetrag hinausgehen, ist eine Kostenerstattung ausgeschlossen.

- (3) ¹Der Versicherte hat für die Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall die Kopie der ärztlichen Verordnung des Arzneimittels (Rezept) der BIG direkt gesund vorzulegen. ²Auf 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.

§ 23 Zusatzversicherungen

- (1) BIG direkt gesund vermittelt ihren Versicherten den Abschluss von Zusatzversicherungsverträgen mit Unternehmen der Privaten Krankenversicherung.
- (2) BIG direkt gesund bietet ihren Mitgliedern für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen Sondertarife an.

§ 24 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

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

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

§ 26 Haushaltshilfe

- (1) ¹Versicherte 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
 - wenn und solange dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder
 - wenn dem/der Versicherten die Weiterführung des Haushalts auf Grund einer aus medizinischen Gründen notwendigen Aufnahme als Begleitperson im Zusammenhang mit einer stationären Krankenhausbehandlung eines Versicherten nicht möglich ist oder
 - soweit ihnen nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts krankheitsbedingt nicht möglich ist.
- (2) ¹In den Fällen des Absatz 1 Spiegelstriche 1-3 wird die Haushaltshilfe für die Dauer von bis zu sechs Monaten gewährt. ²In dem Fall des Absatz 1 Spiegelstrich 4 besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens 28 Tage im Kalenderjahr.

§ 27 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V

- (1) ¹Versicherte haben nach Maßgabe des folgenden Absatzes 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. ²Der Anspruch besteht nur, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese zusätzlichen Leistungen nicht von der Versorgung ausgeschlossen hat.
- (2) ¹Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen. ²Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. ³Die BIG direkt gesund übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr. ⁴Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind aussagekräftige Rechnungsunterlagen und ärztliche Bescheinigungen vorzulegen.¹⁶

¹⁶ § 27 Abs. 2 S. 3 und 4 geändert m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 1 des 5. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

(3) ¹Für 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. ²Voraussetzung ist, dass die Hebamme eine Zulassung nach § 134a Abs. 2 SGB V besitzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist. ³Die Rufbereitschaft muss eine 24-stündige Erreichbarkeit und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten. ⁴Zur Erstattung sind spezifizierter Rechnungen einzureichen.¹⁷

(4) ¹BIG direkt gesund erstattet den bei ihr versicherten werdenden Vätern die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses von Hebammen, soweit diese eine Zulassung nach § 134a Abs. 2 SGB V besitzen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt sind, sofern auch die werdende Mutter bei BIG direkt gesund versichert ist. ²Die Erstattung ist auf 80 Euro begrenzt. Zur Erstattung sind spezifizierter Rechnungen einzureichen.¹⁸

(5) gestrichen¹⁹

(6) Künstliche Befruchtung

1. BIG direkt gesund gewährt zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 SGB V mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen einen Zuschuss.
2. ¹Der Zuschuss beträgt maximal 200 € je Behandlungsversuch für maximal 3 Versuche. ²Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei BIG direkt gesund versichert sind. ³Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen. ⁴Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

(7) ¹Der Versicherte nimmt an einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung teil, die nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. ²Der 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. ³Der Versicherte weist die Erfüllung der Voraussetzungen durch Vorlage der ärztlichen Verordnung sowie der spezifizierten Originalrechnung nach. ⁴Hierfür übernimmt BIG direkt gesund 100 v.H. der Kosten, maximal aber jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren 60 €.

¹⁷ § 27 Abs. 3 S. 4 geändert m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 5 des 3. Satzungsantrags vom 14.12.2015.

¹⁸ § 27 Abs. 4 S. 3 geändert m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 5 des 3. Satzungsantrags vom 14.12.2015.

¹⁹ § 27 Abs. 5 gestrichen m. W. v. 30.12.2017 durch Nr. 2 des 9. Satzungsantrags vom 14.12.2017.

(8) Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte können zusätzlich zu ihren in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüchen je Kalenderjahr eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, soweit die Leistung von einem Zahnarzt durchgeführt oder veranlasst wurde.
2. Die professionelle Zahnreinigung muss folgende Kriterien erfüllen:
 - das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
 - die Reinigung der Zahnzwischenräume,
 - das Entfernen des Biofilms
 - die Oberflächenpolitur sowie
 - die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen.
3. ¹Für Leistungen, die die Voraussetzungen nach Nr. 1 und 2 erfüllen, übernimmt BIG direkt gesund nach Vorlage spezifizierter Rechnungen 100 v.H. der Kosten, maximal aber je Versichertem und Kalenderjahr 50 EUR²⁰. ²Eine Erstattung entfällt, soweit der Versicherte am Wahltarif BIGselect dental teilnimmt.

(9) gestrichen²¹

§ 27a Ärztliche Zweitmeinung²²

- (1) Versicherte haben bei geplanten orthopädischen Operationen oder bei Vorliegen von onkologischen Indikationen auf Grundlage des § 27b Abs. 6 SGB V Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit eines geplanten orthopädischen Eingriffs bzw. zur Überprüfung der onkologischen Therapieempfehlung.
- (2) Dieser Anspruch setzt voraus, dass
 - a) eine orthopädische Operation an, Knie, Hüfte, Rücken oder Schulter geplant ist. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass dem Versicherten eine Krankenhauseinweisung zur Durchführung

²⁰ § 27 Abs. 8 Nr. 3 S. 1 geändert m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 6 des 3. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

²¹ § 27 Abs. 9 gestrichen m. W. v. 03.09.2019 durch Nr. 2 des 15. Sitzungsnachtrags vom 10.07.2019.

²² § 27a neu eingefügt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 4 des 13. Sitzungsnachtrags vom 12.12.2018.

eines solchen geplanten orthopädischen Eingriffs oder ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten Eingriffs vorliegt.

b) bei onkologischen Erkrankungen eine der in Anhang 5 der Satzung aufgeführten Diagnosen festgestellt wurde.

(3) Die Zweitmeinung beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und eine Bewertung der durch den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme (Eingriff, Behandlung) durch zugelassene oder nicht zugelassene Fachärzte. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Die hinzugezogenen Fachärzte müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen.

(4) 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.

(5) 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 gesund 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 zweitmeinunggebenden Facharzt geschlossen hat. Der Anspruch setzt voraus, dass die BIG direkt gesund mit geeigneten Leistungserbringern entsprechende Verträge geschlossen hat.

- (6) 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 § 9 BDSG und § 78a SGB X und den dazugehörigen Anlagen sowie das Arztgeheimnis nach § 203 Strafgesetzbuch. Diese Verpflichtung bezieht sich insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten.
- (7) Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die Behandlung durchführen zu lassen.
- (8) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Kasse im Rahmen der bestehenden vertraglichen Vereinbarungen in voller Höhe. Diese werden unmittelbar mit der BIG direkt gesund abgerechnet.
- (9) Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Absatz 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V.

§ 28 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 § 34 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 § 35 dieser Satzung gewählt haben.
- (4) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach § 35 wählen.

§ 29 Leistungsausschluss nach dem SGB V

- (1) ¹Personen, 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. ²BIG 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 Leistungsanspruchnahme i. S. des § 52a SGB V i 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) ¹Hinsichtlich 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. ²In 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. ³In 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

§ 30 Tarifbedingungen²³

- (1) ¹Die Wahl eines Tarifs ist schriftlich zu erklären. ²Der Tarif wird wirksam mit dem ersten Tag des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendervierteljahres. ³Personen, deren Mitgliedschaft unterjährig begründet wird, können abweichend von Satz 2 das Wahlrecht sofort zum Beginn der Mitgliedschaft ausüben. ⁴Voraussetzung für die Auszahlung von Prämien an die Mitglieder ist die

²³ § 30 neu gefasst m. W. v. 01.01.2019 durch Nrn. 2, 3 des 12. Sitzungsnachtrags vom 10.07.2018.

Wahl eines Tarifs. ⁵Prämien nach §§ 31 und 32 werden ab Juli des Folgejahres ausgezahlt. ⁶Die Zahlung der Prämie nach § 31a erfolgt im ersten Jahr der Tarifteilnahme vorab. ⁷Danach wird die Prämie ab Juli des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr gezahlt. ⁸Bei unterjährigem Beginn des Wahltarifs werden Selbstbehalte und Prämien nach §§ 31, 31a und 32 anteilig berechnet. ⁹Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt BIG direkt gesund dem Mitglied die Kosten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, bis zum geltenden Gesamt-Selbstbehalts nach § 31a Absatz 3 a) bis e). ¹⁰Eine eventuelle Forderung von BIG direkt gesund gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

- (2) ¹Für die Tarife Selbstbehalt (§ 31 und § 31a) und Krankengeld (§§ 33 und 34) sowie die Kombination der Tarife Selbstbehalt (§ 31 und § 31a) und Leistungsfreiheit (§ 32) beträgt die Bindungsfrist drei Jahre, für die Tarife Leistungsfreiheit (§ 32) und Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (§ 41) ein Jahr. ²Erfüllt das Mitglied nicht mehr die Voraussetzungen des § 31a Absatz 1, endet der Wahltarif in diesem Zeitpunkt.
- (3) ¹Für alle Wahltarife mit Ausnahme der Tarife „Krankengeld“ (§§ 33 und 34) gilt das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V. ²Versicherte können mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf eines Jahres, frühestens jedoch zum Ablauf der jeweiligen Bindungsfrist, den Tarif schriftlich kündigen. ³Nach Ablauf der Bindungsfrist verlängert sich die Wahl des Tarifs automatisch jeweils um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung des Tarifs erfolgt.
- (4) ¹Abweichend von den in Abs. 2 geregelten Bindungsfristen ist eine vorzeitige Kündigung des gewählten Wahltarifs gemäß § 53 SGB V möglich. ²Voraussetzung 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. ³Das Vorliegen einer besonderen Härte ist vom Mitglied darzulegen und nachzuweisen. ⁴Eine 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. ⁵Das Sonderkündigungsrecht wirkt zum Ablauf des Kalendermonats, in dem das Sonderkündigungsrecht vom Versicherten wirksam ausgeübt wird; § 9 Abs. 5 gilt.
- (5) ¹Eine Prämienzahlung erfolgt nur, wenn die Beiträge des Mitgliedes vollständig gezahlt worden sind. ²Die 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 §§ 31a, 33, 34 und 41 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 § 35 wählen.

§ 31 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).²⁴

(2) Es gelten die Tarifbedingungen in § 30.

(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) Kinderuntersuchungen (§ 26 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,- €. ²⁵

§ 31a Selbstbehalt für Auszubildende und Studierende²⁶

(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

²⁴ § 31 Abs. 1 geändert m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 4 des 12. Satzungsantrags vom 10.07.2018.

²⁵ § 31 Abs. 2 geändert m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 4 des 12. Satzungsantrags vom 10.07.2018.

²⁶ § 31a neu eingefügt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 5 des 12. Satzungsantrags vom 10.07.2018.

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 § 30.
- (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) Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).
- (4) ¹Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erhalten Mitglieder eine Prämie. ²Die jährliche Prämie beträgt 100,- € bei einem Selbstbehalt von 120,- €.

§ 32 Leistungsfreiheit

- (1) ¹Mitglieder,
- 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. ²Leistungen 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. ³Die Prämienhöhe beträgt für das Kalenderjahr der Leistungsfreiheit 1/12 des während der Teilnahme getragenen Jahresbeitrages. ⁴Bei Arbeitnehmern wird die Rückzahlungshöhe einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile ermittelt.

- (2) Es gelten die Tarifbedingungen in § 30.

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

(1) ¹Freiwillig versicherte Selbständige 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. ²Die Höhe des tgl. Krankengeldes richtet sich nach der Prämientabelle und darf 70% des nach § 10 ermittelten beitragspflichtigen Einkommens aus der selbständigen Tätigkeit nicht übersteigen. ³Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht ein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- und innerstaatlichen Rechts.

(2) ¹Es gelten die Tarifbestimmungen des § 30. ²Kündigt 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. ³Endet die Teilnahme an diesem Tarif nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für diesen Tarif anteilig nach Kalendertagen berechnet. ⁴Endet 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. ⁵Die 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,
- . mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres.

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

- (3) ¹Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben, und freiwillig versicherte Selbstständige, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes voll erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig sind, können den Tarif nicht wählen. ²Bezieht der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der vollen Erwerbsminderung Krankengeld, so endet der Anspruch auf Krankengeld spätestens 10 Wochen nach der Feststellung. ³Dies gilt nicht, wenn der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung erfüllt und diese Rente beantragt ist. ⁴Die 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) ¹Ist der Antragsteller bei Ablauf der in § 30 Absatz 1 Satz 2 oder 3 genannten Frist arbeitsunfähig erkrankt, so wirkt der Wahltarif erst mit Ende dieser Arbeitsunfähigkeit. ²Dies 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) ¹Für Mitglieder, die den Tarif Krankengeld gewählt haben, besteht für die Dauer des Wahltarifkrankengeldbezuges für diesen Tarif Prämienfreiheit. ²Für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung besteht entsprechend § 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)¹Für die Teilnahme an dem Wahltarif ist vom Mitglied eine monatliche Prämie zu entrichten. ²Die Höhe der Prämie ist der Prämientabelle zu diesem Tarif, die Bestandteil dieser Satzung ist, zu entnehmen. ³Die Prämie ist jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu zahlen²⁷. ⁴Der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange die Prämie nicht vollständig entrichtet wurde. ⁵Eine Nachzahlung ist ausgeschlossen.

(11)¹Ist eine Anpassung der monatlichen Prämie erforderlich, teilt die BIG direkt gesund dies dem Mitglied einen Monat vor dem Wirksamwerden schriftlich mit. ²Das 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)¹Der 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. ²Bei der Ermittlung der Dauer des Krankengeldes gelten die Regelungen des § 48 SGB V.

§ 34 Krankengeld für Künstler nach dem KSVG

(1) ¹Die 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. ²Die Höhe des tgl. Krankengeldes richtet sich nach der Prämientabelle. ³Bei 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 § 33 entsprechend.

²⁷ § 33 Abs. 10 S. 3 neu gefasst m. W. v. 24.12.2017 durch Nr. 1 des 7. Satzungsantrags vom 14.12.2016.

Abschnitt 5 Versorgungsplus

§ 35 Besondere Versorgungsformen

- (1) ¹Versicherte können einen Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 36 und 37 wählen.²⁸ ²Die Teilnahme an diesen Wahltarifen ist freiwillig und ist schriftlich zu erklären.
- (2) ¹Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die jeweilige besondere Versorgungsform. ²Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. ³Vor 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. ⁴Die 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. ⁵Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an BIG direkt gesund. ⁶Die Widerrufsfrist beginnt, wenn BIG direkt gesund dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. ⁷Die Belehrung erfolgt textlich hervorgehoben in dem Formular der Teilnahmeerklärung, davon abweichend kann eine gesonderte Belehrung in Textform erfolgen. ⁸Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. ⁹Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung. ¹⁰Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben wurden.²⁹
- (3) ¹Mögliche Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen richten sich nach den §§ 36 und 37, es gilt § 30 Abs. 4.³⁰ ²Eine mögliche Prämienzahlung für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen erfolgt nur für Quartale, in denen die Versicherten durchgehend an einer besonderen Versorgungsform teilgenommen haben. ³Bei Pflichtverstößen nach den jeweils maßgebenden Regelungen der besonderen Versorgungsform erfolgt keine Auszahlung der Prämie.

²⁸ § 35 Abs. 1 S. 1 zuletzt geändert m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 1 des 6. Satzungsantrags vom 07.04.2016.

²⁹ § 35 Abs. 2 neu gefasst m. W. v. 01.01.2015 durch Nr. 3 des 1. Satzungsantrags vom 05.03.2015.

³⁰ § 35 Abs. 3 S. 1 zuletzt geändert m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 1 des 6. Satzungsantrags vom 07.04.2016.

§ 36 Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten die Möglichkeit, an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teilzunehmen.
- (2) ¹Über den Beginn der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung informiert die BIG direkt gesund die Versicherten in Textform (z.B. Brief, Fax, Email). ²Mit ihrer Teilnahme wählen die Versicherten einen betreuenden Hausarzt und verpflichten sich, während der Dauer der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nur den von ihnen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlungen nur auf dessen Überweisung. ³Hiervon ausgenommen ist die Direktinanspruchnahme von Leistungen bei Augenärzten, Frauenärzten, psychotherapeutisch tätigen Ärzten und bei psychologischen Psychotherapeuten. ⁴Bei Verstoß gegen diese Verpflichtung ist die BIG direkt gesund berechtigt, die Teilnahme des Versicherten durch einseitige Erklärung gegenüber dem Versicherten zu beenden.
- (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.³¹
- (4) BIG direkt gesund informiert die Versicherten über die hausarztzentrierte Versorgung sowie über die jeweils teilnehmenden Hausärzte.³²

§ 37 Besondere Versorgung³³

¹BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. ²Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. ³Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den jeweiligen abgeschlossenen Verträgen. ⁴Das 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. ⁵Vor 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,

³¹ § 36 Abs. 3 neu gefasst m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 2 des 6. Sitzungsnachtrags vom 07.04.2016.

³² § 36 Abs. 4 a.F. gestrichen. Der bisherige § 36 Abs. 5 wird zu Abs. 4 m. W. v. 21.04.2016 durch Nr. 3 des 6. Sitzungsnachtrags vom 07.04.2016.

³³ § 37 neu gefasst m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 4 des 6. Sitzungsnachtrags vom 07.04.2016.

- 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.

§ 38 Weiterentwicklung der Leistungen - Modellvorhaben zur autonomen Heilmittelerbringung durch Physiotherapeuten

- (1) ¹Die BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten in den Modellregionen Westfalen-Lippe und Berlin die Möglichkeit an einem Modellvorhaben der Physiotherapie teilzunehmen. ²Hierbei können Versicherte ausgewählte physiotherapeutische Behandlungen erhalten, bei denen der Physiotherapeut die Häufigkeit und Länge der Behandlungen selbst bestimmt. ³Ob diese Maßnahmen zur qualitativen und ökonomischen Verbesserung der Versorgung und zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit geeignet sind, soll im Rahmen des Modellvorhabens evaluiert werden.
- (2) ¹Das Modellvorhaben wird als multizentrische, randomisierte Interventionsstudie mit Kontrollgruppe durchgeführt. ²Ziel der Studie ist es festzustellen, welche Auswirkungen die Bestimmung der Art des Heilmittels, der Frequenz und der Dauer der Behandlung durch den Physiotherapeuten sowohl auf die Versorgungsqualität der Patienten als auch auf die Kostenentwicklung für diese Leistung hat.
- (3) Die Leistungen des Modellvorhabens können alle Versicherten der BIG in Anspruch nehmen, die:
- a) das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - b) einen Anspruch auf Heilmittelbehandlung aufgrund einer vorliegenden vertragsärztlichen Heilmittelverordnung haben
 - c) infolge einer Wirbelsäulenerkrankung einen prognostisch kurz oder länger dauernden Behandlungsbedarf (Diagnosegruppen WS1, WS2 der Heilmittelrichtlinie) haben oder
 - d) infolge einer Verletzung, Operation oder Erkrankung der unteren Extremitäten und des Beckens einen prognostisch kurzzeitig, mittelfristig oder längeren Behandlungsbedarf (Diagnosegruppen EX1, EX2, EX3 der Heilmittelrichtlinie) haben und
 - e) sich schriftlich mit der Durchführung nach diesem Modellvorhaben einverstanden erklärt haben.

(4) ¹Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. ²Beginn und Ende der Teilnahme am Modellvorhaben richten sich nach der durch die vertragsärztliche Verordnung definierte Behandlungsserie. ³Die Regelungen der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 SGB V werden im Modellvorhaben angewendet. ⁴Die BIG direkt gesund informiert die Versicherten über den Inhalt und die Ziele des Modellvorhabens sowie über die jeweils teilnehmenden Physiotherapeuten im Internet (www.big-direkt.de).

(5) ¹Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. ²Das Ergebnis der Auswertungen wird gemäß § 65 SGB V veröffentlicht.

(6) Das Modellvorhaben beginnt am Tag nach der Bekanntmachung³⁴ und endet am 31.12.2017³⁵.

§ 39 gestrichen³⁶

§ 40 Strukturierte Behandlungsprogramme

(1) ¹BIG direkt gesund bietet ihren Versicherten die Möglichkeit, an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137f SGB V teilzunehmen. ²Über den Beginn der Teilnahme an einem DMP informiert die BIG direkt gesund die Versicherten in Textform (z.B. Brief, Fax, Email).³⁷

(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 § 30 Abs. 1 Sätze 1 bis 4 und Abs. 4.

§ 41 gestrichen³⁸

§ 42 Elektronische Gesundheitsakte

(1) Zur Verbesserung der „Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ gewährt BIG direkt gesund ihren Versicherten nach Maßgabe der folgenden Absätze finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Diese Dienstleistung ermöglicht die durch den Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

(2) Sie wird durch einen mit BIG direkt gesund kooperierenden Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der Krankenkasse für die Versicherten tätig

³⁴ Tag der Bekanntmachung war der 24.05.2011.

³⁵ § 38 Abs. 6 geändert m. W. v. 23.07.2015 durch Nr. 4 des 2. Satzungsantrags vom 23.06.2015.

³⁶ § 39 gestrichen m. W. v. 01.01.2016 durch Nr. 5 des 6. Satzungsantrags vom 07.04.2016.

³⁷ § 40 Abs. 1 S. 3 gestrichen m. W. v. 29.04.2017 durch Nr. 2 des 8. Satzungsantrags vom 07.04.2017.

³⁸ § 41 gestrichen m. W. v. 11.05.2019 durch Nr. 1 des 15. Satzungsantrags vom 10.07.2019.

wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. BIG direkt gesund stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden und für den Versicherten relevanten Einzelheiten zur Verfügung.

(3) Um die elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, muss auch der Versicherte einen Vertrag mit dem Anbieter abschließen. Die gegenüber dem Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsgebühren trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausschließlich die BIG direkt gesund.

(4) BIG direkt gesund und der Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte erhalten keine Einsicht in die in der Gesundheitsakte gespeicherten persönlichen Gesundheitsdaten des Versicherten.

§ 43 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 (§ 42) 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)

§ 44 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.

§ 45 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.

§ 46 Bemessung der Umlage

(1) Der Umlagesatz beträgt für das Ausgleichsverfahren nach

- a) § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) 2,6 v. H.³⁹
- b) § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) 0,45 v. H.⁴⁰

(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) ¹Bei 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. ²Einmalig 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.

§ 47 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

(1) ¹Die Höhe der Erstattungen nach § 1 Abs. 1 AAG beträgt 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. ²Mit dem in S. 1 genannten Erstattungssatz ist auch der auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallende Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und der Arbeitgeberanteil nach § 172 Abs. 2 SGB VI abgegolten. ³Die Höhe des nach

³⁹ § 46 Abs. 1 Buchstabe a) geändert m. W. v. 01.01.2018 durch Nr. 1 des 10. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2017.

⁴⁰ § 46 Abs. 1 Buchstabe b) geändert m. W. v. 01.01.2017 durch Nr. 3 des 7. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2016.

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) ¹Die Erstattung wird auf Antrag des Arbeitgebers erbracht. ²Sie 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.

§ 48 Bildung von Betriebsmitteln

Die zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz bestimmten Betriebsmittel sollen ausreichen, um die voraussichtlichen Ausgaben für zwei Monate zu decken.

§ 49 Haushaltsplan

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

§ 50 Jahresrechnung

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

Abschnitt 7 Abschließende Bestimmungen

§ 51 Datenschutz

BIG direkt gesund stellt sicher, dass von ihr personenbezogene Daten nur erhoben, gespeichert, verarbeitet und weitergegeben werden, soweit dies nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist.

§ 52 Auskunft an Versicherte

- (1) ¹Auskunft 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 § 43. ²Die 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) ¹Die Satzung von BIG direkt gesund und sonstiges autonomes Recht werden spätestens am 7. Werktag nach Eingang der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes im Internet unter „https://www.big-direkt.de/unternehmen/satzungen_der_big.html“ veröffentlicht und mit der Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. ²Sonstige Bekanntmachungen werden im Internet unter „<https://www.big-direkt.de>“ veröffentlicht. ³Die jeweilige Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. ⁴Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- (2) ¹Öffentliche Zustellungen gemäß § 10 VwZG erfolgen im Internet unter www.big-direkt.de/Zustellungen. ²Die Veröffentlichungsfrist beträgt 14 Tage.
- (3) ¹BIG 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. ²Zu 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. ³Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 54 Aufsicht

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

§ 55 Inkrafttreten

Bezüglich des Inkrafttretens der Satzung vom 01.01.2015 sowie der Satzungsänderungen siehe die PDF-Dokumente der Satzung vom 01.01.2015 in ihrer Ursprungsfassung sowie der hierzu ergangenen Nachträge unter <https://www.big-direkt.de/de/ueber-die-big/unternehmen/satzungen-der-big.html>

Anhang 1 zu § 4 der Satzung der BundesInnungskrankenkasse Gesundheit

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltung

1. Ersatz von baren Auslagen

1.1. Inlandsdienstreise

1.1.1. Fahrtkosten

- a) Bei Benutzung
- der Bahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten,
 - eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe 0,30 € pro gefahrenen Kilometer,
 - eines Flugzeugs die Kosten für die Economy-Klasse,
- b) Zubringerkosten,
- c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

1.1.2. Tagegeld⁴¹

¹Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. ²Es beträgt

- 24 Euro für jeden Kalendertag, an dem das Mitglied der Selbstverwaltung 24 Stunden von seiner Wohnung abwesend ist,
- jeweils 12 Euro für den An- und Abreisetag, wenn das Mitglied der Selbstverwaltung an diesem, einem anschließenden oder vorhergehenden Tag außerhalb seiner Wohnung übernachtet,
- 12 Euro für den Kalendertag, an dem das Mitglied der Selbstverwaltung ohne Übernachtung außerhalb seiner Wohnung mehr als acht Stunden von seiner Wohnung und der ersten Tätigkeitsstätte abwesend ist; beginnt die auswärtige Verwaltungsrats-tätigkeit an einem Kalendertag und endet am nachfolgenden Kalendertag ohne Übernachtung, werden 12 Euro für den Kalendertag gewährt, an dem das Mitglied der Selbstverwaltung den überwiegenden Teil der insgesamt mehr als acht Stunden von seiner Wohnung und der ersten Tätigkeitsstätte abwesend ist.

⁴¹ Ziff. 1.1.2 neu gefasst m. W. v. 01.01.2014 durch Nr. 2 des 23. Satzungsnachtrags vom 01.04.2014.

1.1.3. Übernachtungsgeld/-kosten

- a) Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 €. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.
- b) Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H., für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.

1.2. Auslandsdienstreise

- a) Bei Benutzung
 - der Bahn der Fahrpreis der 1. Klasse oder eines Schiffes der Fahrpreis der 2. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten, die Kosten für die Spezial- oder Doppelbettklasse,
 - eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe 0,30 € pro gefahrenen Kilometer
 - eines Flugzeugs die Kosten für die Economy-Klasse,
- b) Zubringerkosten,
- c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen,
- d) Ein Auslandstagegeld in Höhe von 150 v. H. des vergleichbaren Inlandstagegeldes,
- e) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

2. Pauschbeträge

2.1. Für Zeitaufwand

- a) ¹Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 75,- € gezahlt⁴². ²Die Vorsitzenden der Ausschüsse und deren Stellvertreter erhalten bei Sitzungen der Ausschüsse kalendertäglich den 2-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand. ³Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt.
- b) Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates und sein Stellvertreter eine monatliche Pauschale in Höhe des Siebenfachen des Pauschalbetrages nach Buchstabe a) Satz 1.⁴³

⁴² Ziffer 2.1 Buchstabe a) Satz 1 geändert m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 5 des 13. Sitzungsnachtrags vom 12.12.2018.

⁴³ Ziffer 2.1 Buchstabe b) geändert m. W. v. 29.04.2017 durch Nr. 4 des 8. Sitzungsnachtrags vom 07.04.2017.

- c) ¹Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann aufgrund eines besonderen Auftrags für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ein Pauschbetrag von 75,- € gezahlt werden⁴⁴. ²Der Pauschbetrag kann ausnahmsweise nur dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Selbstverwaltungsmitgliedes vorliegt. ³Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.
- d) Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

2.2. Für Auslagen außerhalb von Sitzungen

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,- €.

3. Ersatz für entgangenen Bruttoverdienst bzw. Verdienstauffall sowie für Beiträge zur Rentenversicherung

¹Die Entschädigung nach § 41 Abs. 2 SGB IV beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße. ²Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall 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. ³Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet. ⁴Erstattet werden die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung.

4. Ersatz bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind

¹Bei Dienstunfällen kommen die für den Öffentlichen Dienst geltenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften zur Anwendung. ²Einem Antrag auf Kostenerstattung sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

⁴⁴ Ziffer 2.1 Buchstabe c) Satz 1 geändert m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 5 des 13. Sitzungsnachtrags vom 12.12.2018.

Anhang 2 zu §§ 34, 35 Krankengeld - Prämientabellen

Prämientabelle für freiwillig versicherte Selbständige zu § 34

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 § 35

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 § 41 gestrichen⁴⁵

⁴⁵ Anhang 3 zu § 41 gestrichen m. W. v. 11.05.2019 durch Nr. 1 des 15. Sitzungsnachtrags vom 10.07.2019.

Anhang 4 zu § 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten⁴⁶

Teilnahmebedingungen nach §19
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

Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder ab Vollendung des 15. Lebensjahres sowie deren familienversicherten Angehörigen (§10 SGB V). Mitglieder unter 15 Jahren können mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters teilnehmen, solange dieser Mitglied von BIG direkt gesund ist.

Ausgeschlossen von der Teilnahme sind Versicherte, die eine Anwartschaft aufgrund eines Auslandsaufenthalts aufrechterhalten (§ 240 Abs. 4b SGB V), Personen, für die auftragsweise Leistungen erbracht werden (§ 264 SGB V) sowie Personen, deren Anspruch auf Leistungen ruht (§ 16 SGB V) oder ausgeschlossen ist (§ 52a SGB V).⁴⁷

(2) Bonus-Zeitraum

Bonus-Zeitraum ist jeweils das Kalenderjahr. Tritt ein Versicherter dem Bonusprogramm unterjährig bei, endet der erste Bonuszeitraum zum 31.12. des Beitrittsjahres (anteiliger Bonuszeitraum).

(3) Bonus⁴⁸

¹Einen Bonus erhält der Versicherte für Leistungen, die im jeweiligen Bonus-Zeitraum nach Absatz 2 erbracht wurden und von ihm bis spätestens zum 31.12. des Folgejahres gemeldet werden. ²In jedem Bonuszeitraum kann ein Bonus von bis zu 100 Euro erreicht werden. ³Boni werden nicht in einen anderen Bonus-Zeitraum übertragen. ⁴Die Auszahlung des Bonus erfolgt spätestens zum 31.12. des Folgejahres. ⁵Die Auszahlung erfolgt bargeldlos oder in Form von Gutscheinen⁴⁹. ⁶Der Auszahlungsbetrag wird nach Abschluss des Bonusjahres durch BIG direkt gesund ermittelt. ⁷Die Bonuskonten der Teilnehmer am Bonusprogramm werden nach der Auszahlung im Folgejahr stets auf null gesetzt. ⁸Der bis dahin gesammelte Bonus wird bis zur Abrechnung separat gespeichert. ⁹Das Mitglied hat die Gutschrift des Bonus zu überprüfen und Beanstandungen innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich bekannt zu geben. ¹⁰Eine rückwirkende Änderung abgerechneter Kalenderjahre findet nicht statt. ¹¹Sofern BIG direkt gesund gegenüber dem Mitglied zum Zeitpunkt der Auszahlung offene Forderungen hat, können diese mit dem Auszahlungsbetrag verrechnet werden.

(4) Bonus-Voraussetzungen⁵⁰

- a) ¹Die Teilnehmer an dem Bonusprogramm haben Anspruch auf eine Bonuszahlung, sofern sie in dem jeweiligen Bonusjahr mindestens eine Leistung der Primärprävention sowie eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen. ²Die Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn zwei Leistungen aus dem Bereich Primärprävention oder zwei Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen wurden.

⁴⁶ Anhang 4 zu § 19 neu gefasst m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 8 des 3. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

⁴⁷ Anhang 4 zu § 19 Abs. 1 S. 3 geändert m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 2 des 14. Sitzungsnachtrags vom 18.03.2019.

⁴⁸ Anhang 4 zu § 19 Abs. 3 neu gefasst m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 3 des 14. Sitzungsnachtrags vom 18.03.2019.

⁴⁹ Anhang 4 zu § 19 Abs. 3 S. 6 ergänzt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 6 des 13. Sitzungsnachtrags vom 12.12.2018.

⁵⁰ Anhang 4 zu § 19 Abs. 4 neu eingefügt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 3 des 14. Sitzungsnachtrags vom 18.03.2019.

- b) Um Versicherten einen stärkeren Anreiz zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu geben, erhalten diese nach Erfüllung der Voraussetzungen von Absatz 4 Buchstabe a) für ihre erstmalige Teilnahme an dem Bonusprogramm einen einmaligen Starter-Bonus i. H. v. 30 €.

(5) Plus-Bonus⁵¹

Beträgt der Bonus nach Absatz 3 100 Euro, kann der Versicherte statt des Bonus einmal je Kalenderjahr einen Plus-Bonus i. H. v. 200 € nach Anhang 4b dieser Satzung in Anspruch nehmen.

Der Plus-Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Anhang 4b 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

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

⁵¹ Anhang 4 zu § 19 Abs. 5 geändert m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 4 des 14. Satzungsnachtrags vom 18.03.2019.

Anhang 4a zu § 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten⁵²

Maßnahmenkatalog nach §19

Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Altersgruppe bis 0-17 Jahre

Früherkennung und Vorsorge (§§25, 26 SGB V)*

- Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U7-U11.
- Jugenduntersuchung - J1.
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung 1x Halbjahr.
- Babybonus (Schwangerenvorsorge gem. § 24d SGB V durch die Kindsmutter, Kind ist BIG-Versichert, U1-U6, Schutzimpfungen im ersten Lebensjahr des Kindes gem. Schutzimpfungsrichtlinie).**

*je durchgeführter Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung erhält der Versicherte 10 € im Bonusprogramm gutgeschrieben

**als Babybonus erhält der Versicherte einmalig 200 € gutgeschrieben

Gesundheitskurse zur Primärprävention (§20 SGB V, §18 BIG direkt gesund Satzung, Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes)***

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

*** Der Versicherte erhält für maximal zwei durchgeführte Kurse pro Kalenderjahr jeweils 10 € im Bonusprogramm gutgeschrieben

Sport und Gesundheit

- Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder in einem qualifizierten Fitnessstudio oder Nutzung anderer qualitätsgesicherter Bewegungsangebote. 50 € 1x pro Kalenderjahr.
- Sportabzeichen (DLRG, DSV e.V. oder DOSB) 10 € 1 x pro Kalenderjahr ein Abzeichen.
- Aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung 10 € 1 x pro Kalenderjahr.
- Vollständiger Impfstatus nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission – 10 € 1 x pro Kalenderjahr.
- Body-Maß-Index und Blutdruck (Nachweis muss durch ein ärztliches Attest erfolgen****) 10 € 1 x pro Kalenderjahr.

****die Kosten für die Ausstellung eines ärztlichen Attests sind gem. Anhang 4 Absatz 5 Satz 9 nicht erstattungsfähig und sind somit vom Versicherten selbst zu tragen

Altersgruppe ab 18 Jahren

Früherkennung und Vorsorge (§§25,26 SGB V)*

- Untersuchung zur Krebsfrüherkennung (Hautkrebs-Screening; Krebsfrüherkennung Frauen ab 20 Jahre und Männer ab 45 Jahre).
- Gesundheits-Check-up.
- Zahnvorsorge.
- Mammographie-Screening (Frauen 50-69 Jahre)

⁵² Anhang 4a zu § 19 neu eingefügt m. W. v. 19.01.2016 durch Nr. 9 des 3. Sitzungsnachtrags vom 14.12.2015.

- Vollständiger Impfstatus nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission – 10 € 1 x pro Kalenderjahr.

*je durchgeführter Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung erhält der Versicherte 10 € je Kalenderjahr im Bonusprogramm gutgeschrieben

Gesundheitskurse zur Primärprävention (§20 SGB V, §18 BIG direkt gesund Satzung, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes)**

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

** Der Versicherte erhält für maximal zwei durchgeführte Kurse pro Kalenderjahr jeweils 10 € im Bonusprogramm gutgeschrieben

Sport und Gesundheit

- Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder in einem qualifizierten Fitnessstudio oder Nutzung anderer qualitätsgesicherter Bewegungsangebote. 50 € 1x pro Kalenderjahr
- Sportabzeichen (DLRG, DSV e.V., DOSB) – 10 € 1 x pro Kalenderjahr ein Abzeichen
- aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung – 10 € 1 x pro Kalenderjahr
- Body-Maß-Index (Nachweis muss durch ein ärztliches Attest erfolgen***) 10 € 1 x pro Kalenderjahr
- Blutdruck (Nachweis muss durch ein ärztliches Attest erfolgen***) 10 € 1 x pro Kalenderjahr

***die Kosten für die Ausstellung eines ärztlichen Attests sind nicht erstattungsfähig und sind somit vom Versicherten selbst zu tragen

Anhang 4b zu § 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Plus-Bonus

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

⁴Ein Plus-Bonus von bis zu 200 € wird für folgende Leistungen gewährt:

- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus;
- Private Zusatzversicherungsverträge im Sinne von § 23 der Satzung von BIG direkt gesund sowie im Sinne von § 15 der Satzung der BIG direkt gesund Pflegekasse sowie Berufsunfähigkeitsversicherungen und Unfallversicherungen.⁵³

⁵³ Anhang 4b zu § 19 S. 4 neu eingefügt m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 5 des 14. Satzungsantrags vom 18.03.2019.

Anhang 5 zu § 27a Ärztliche Zweitmeinung⁵⁴

Onkologische Erkrankungen im Sinne des § 27a 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

⁵⁴ Anhang 5 neu gefasst m. W. v. 01.01.2019 durch Nr. 7 des 13. Sitzungsnachtrags vom 12.12.2018.