

Satzung

der

SECURVITA BKK

Stand: April 2020

INHALTSVERZEICHNIS

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger
- § 7 Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft
- § 7a Bindungsfrist und Kündigung von Wahlтарifen
- § 8 Aufbringung der Mittel
- § 9 Bemessung der Beiträge
- § 9a Prämienzahlung
- § 9b (-)
- § 9c (-)
- § 10 Beitragssätze
- § 10a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 11 Fälligkeit der Beiträge
- § 11a Beitragsvorschüsse
- § 11b Erhebung von Mahn- und Vollstreckungsgebühren
- § 11c Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 12 Höhe der Rücklage
- § 12a Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse
- § 13 Leistungen
- § 13a (-)
- § 13b Selbstbehalt
- § 13c Wahlтарif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13d Wahlтарif Besondere Versorgung
- § 13e Wahlтарif Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13f (-)
- § 13g Wahlтарife Krankengeld
- § 13h Wahlтарif Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung
- § 14 Schutzimpfungen
- § 15 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 16a Kinderbonus
- § 17 (-)
- § 18 Prävention, Krankheitsverhütung, betriebliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung
- § 18a Zusatzleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- § 18b Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V
- § 19 Modellvorhaben
- § 20 Aufsicht
- § 21 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 22 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung – Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Anlage zu § 13g Wahlтарife Krankengeld

Anlage zu § 16 der Satzung – Ausführungsbestimmungen Bonusprogramme Healthmiles

secur**ita**

KRANKENKASSE

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1

Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

SECURVITA BKK.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Würzburg.

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf:

Alfa Laval GmbH
46535 Dinslaken
21509 Glinde
sowie die im gesamten Bundesgebiet vorhandenen Servicestellen

Alfa Laval Automation GmbH
82110 Germering
21509 Glinde
sowie die im gesamten Bundesgebiet vorhandenen Servicestellen

Alfa Laval Holding GmbH
21509 Glinde

Alfa Laval Industry GmbH
21509 Glinde

Alfa Laval Lebensmitteltechnik GmbH
21509 Glinde

Tetra Laval Food GmbH
35216 Biedenkopf-Wallau
21509 Glinde
23564 Lübeck
49080 Osnabrück
sowie die im gesamten Bundesgebiet vorhandenen Servicestellen

Tetra Pak GmbH
13503 Berlin
82110 Germering
21509 Glinde
65239 Hochheim
42781 Haan
20095 Hamburg
65551 Limburg
16515 Oranienburg
70567 Stuttgart
sowie die im gesamten Bundesgebiet vorhandenen Servicestellen

Kälte Service Plau
19395 Plau

SECURVITA - Gesellschaft zur Entwicklung
alternativer Versicherungskonzepte mbH
22149 Hamburg

Rob. M. Sloman jr.
20459 Hamburg

Rob. M. Sloman & Co.
20459 Hamburg

Rob. M. Sloman jr. Befrachtungs-GmbH
20459 Hamburg

Rob. M. Sloman jr. Schiffahrts-KG
20459 Hamburg

- (3) Der Bereich der SECURVITA BKK umfasst das Gebiet der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

§ 2

Verwaltungsrat

- (1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der SECURVITA BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n).
- (2) Dem Verwaltungsrat der SECURVITA BKK gehören als Mitglieder drei Versichertenvertreter und drei Vertreter der Arbeitgeber an. Mit Beginn der 12. Sozialwahlperiode gehören dem Verwaltungsrat der SECURVITA BKK als Mitglieder fünf Versichertenvertreter und fünf Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

- (3) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik und überwacht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages die Arbeit des Vorstandes. Er beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Kasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Zur Darstellung seiner mittel- und langfristigen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der Kasse kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien formulieren über
1. die Gesundheits- und Sozialpolitik,
 2. die Finanzpolitik, insbesondere die Strategien zur Beitragssatz- und Haushaltsentwicklung,
 3. die Wettbewerbsziele, Vertrieb und Marketing,
 4. die Organisationsstruktur,
 5. die Vertragspolitik und
 6. die Personal- und Tarifpolitik.
- (4) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (vgl. auch Abs. 3 Satz 3),
 2. den Vorstand zu wählen

eine(n) leitende(n) Beschäftigte(n) der SECURVITAK BK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen

3. (-)
 4. den Vorstand zu überwachen,
 5. die SECURVITA BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 6. über die Änderungen der Satzung zu beschließen,
 7. den Haushaltsplan festzustellen,
 8. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen; die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
 9. den Jahresbericht entgegenzunehmen und über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 10. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 11. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.
- (5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (6) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
- (7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
- (9) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (10) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3

Vorstand

- (1) Der Vorstand der Krankenkasse besteht aus einer Person.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die SECURVITA BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die SECURVITA BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
 6. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
 7. die SECURVITA BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
 8. eine Kassenordnung aufzustellen,
 9. die Beiträge einzuziehen,
 10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der SECURVITA BKK abzuschließen,
 11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der SECURVITA BKK wird vom Vorstand eingestellt. Die Entscheidung über die Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern der SECURVITA BKK, die unmittelbar dem Vorstand berichten und nicht unter den Geltungsbereich des für die SECURVITA BKK maßgeblichen Tarifvertrages fallen, trifft der Vorstand im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.
- (5) Der Vorstand stellt auf der Grundlage der vom Verwaltungsrat beschlossenen Abgrenzung der Geschäftsbereiche und unter Beachtung der Leitlinien des Verwaltungsrates (vgl. § 2 Abs. 3) Richtlinien auf. Innerhalb dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich, unbeschadet der Gesamtverantwortung des Vorstandes.

§ 4

Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hamburg.
- (2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Versicherten und einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der SECURVITA BKK mit je einer Stimme.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat eine Stellvertreterin bzw. einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt, die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

 5. Die/der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Die/der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der SECURVITA BKK sein kann.
 6. Der Vorstand und/oder ein(e) vom Vorstand Beauftragte(r) nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4 OWiG wahr.

§ 5

Kreis der versicherten Personen

- (1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der SECURVITA BKK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind.
Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandesgesetzes gezahlt wird.
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht.
7. Behinderte, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX tätig sind,
8. Behinderte, 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.
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte. Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren. Auf die nach Satz 1 Nr. 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI oder
 - b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit war, erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder die Voraussetzungen der Nr. 11,
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdenrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
15. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Freiwillige Mitglieder

Die Mitgliedschaft zur SECURVITA BKK können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.
3. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX - wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen -, wenn sie bei ihrem Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind.
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen.
5. Innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
6. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.

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

1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 oder 3 der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden sind.

- (4) Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse. § 11 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LpartG) findet entsprechende Anwendung.

- (5) Anzeigepflicht

Die Versicherten sind verpflichtet, der Krankenkasse alle für die Durchführung der Versicherung notwendigen Angaben sowie unaufgefordert deren Veränderungen unverzüglich anzuzeigen.

§ 6

Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

- (1) Der Versicherungspflichtige ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ist zum Ablauf des übernächsten Monats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem die Kündigung erklärt wird. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn der Versicherungspflichtige innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
- (2) Erhebt die SECURVITA BKK nach § 242 (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. Die SECURVITA BKK hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die SECURVITA BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 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.

§ 7

Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft

- (1) Das freiwillige Mitglied ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das freiwillige Mitglied seinen Austritt erklärt. Die Kündigung wird wirksam, wenn das freiwillige Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft in einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.

- (2) Erhebt die SECURVITA BKK nach § 242 (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. Die SECURVITA BKK hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die SECURVITA BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- (3) Abweichend von Absatz (1) kann die freiwillige Mitgliedschaft ohne Einhaltung einer Frist nach Absatz (1) Satz 1 beendet werden, wenn die Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllt sind oder wenn keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründet werden kann. Die freiwillige Mitgliedschaft kann durch Austritt zu dem Zeitpunkt beendet werden, ab dem ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht. Ansonsten gilt Absatz (1) Satz 2.

§ 7a Bindungsfrist und Kündigung von Wahltarifen

- (1) Die Mindestbindungsfrist an die Wahltarife nach § 9a und § 13h beträgt ein Jahr und für die Wahltarife nach § 13b und 13g drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Wahltarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich der Wahltarif und löst eine neue Mindestbindungsfrist analog der ersten Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.
Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen Mindestbindungsfrist gekündigt werden, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach § 13 g dieser Satzung.
- (2) Der Wahltarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der SECURVITA BKK.
- (3) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam.
- (4) Bei Änderungen der Tarifbedingungen eines Wahltarifes endet die Bindung des Mitglieds zum Ende des laufenden Kalenderjahres. Es ist eine Neuwahl des Nachfolger tariffs notwendig, für den dann erneut die Mindestbindung von 3 Jahren gilt. Über die Beendigung des alten Wahltarifs und das Erfordernis der Neuwahl des Nachfolger tariffs sind die Teilnehmer gesondert schriftlich zu informieren.
- (5) Diese Regelungen gelten nur für Wahltarife, in denen ausdrücklich auf sie Bezug genommen wird.

§ 8 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der SECURVITA BKK werden durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 9 Bemessung der Beiträge

Die Beitragsbemessung richtet sich nach den „Einheitlichen Grundsätzen 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 aktuellen Fassung.

§ 9a Prämienzahlung

- (1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der SECURVITA BKK versichert waren, erhalten für das abgelaufene Kalenderjahr eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der SECURVITA BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- (2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention (§§ 20 und 20i SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des in dem Kalenderjahr, für das die Prämienzahlung gewährt wird, an die SECURVITA BKK gezahlten und um den Erstattungsbetrag bei der Wahl eines Selbstbehaltes nach § 13a und § 13b reduzierten Beitrages einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.
- (4) Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahlтарifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträgen mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahlтарifen nicht überschreiten.
- (5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahlтарif nach Absatz (1) nicht wählen.
- (6) Die Auszahlung der Prämie erfolgt im August des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.
- (7) Es gelten die Regelungen des § 7a.

§ 9b (-)

§ 9c (-)

§ 10 Beitragssätze

Die Bundesregierung legt die Beitragssätze in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest (§§ 241 und 243 SGB V).

§ 10a

Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 11

Fälligkeit der Beiträge

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

- (2) Für Krankenversicherungsbeiträge der freiwillig versicherten Arbeitnehmer, die vom Arbeitgeber gezahlt werden, gilt Absatz (3) entsprechend.
- (3) Die Fälligkeit der sonstigen Beiträge richtet sich nach den „Einheitlichen Grundsätzen 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 aktuellen Fassung.
- (4) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig. (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- (5) Die Fälligkeit und die Zahlung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages gemäß § 242 Absatz 1 SGB V richtet sich nach den gesetzlichen Regelungen.

§ 11a

Beitragsvorschüsse

- (1) Die SECURVITA BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
 - die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- (2) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden.
Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11b

Erhebung von Mahn- und Vollstreckungsgebühren

Für die Mahnung und Vollstreckung von Forderungen können im Rahmen von § 19 Abs. 1 und 2 VwVG i. V. m. § 337 Abs. 1, §§ 338-346 AO Mahn- und Vollstreckungsgebühren erhoben werden.

§ 11c

Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG

- (1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).

- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die SECURVITA BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- (3) Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 V AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 12 **Höhe der Rücklage**

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

§ 12a **Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse**

- (1) Die SECURVITA BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.
- (2) Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der SECURVITA BKK erfolgt darüber hinaus
 - durch Aushang in den Räumen der SECURVITA BKK und
 - in der Zeitschrift Securvital.Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der SECURVITA BKK beträgt die Aushangfrist 6 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 13 **Leistungen**

- (1) Für die Versicherten der SECURVITA BKK gelten die Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).
- (2) Die SECURVITA BKK stellt den Versicherten die im Dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (3) Die Versicherten der SECURVITA BKK erhalten somit Leistungen
 - zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
 - bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
 - zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 bis 26 SGB V) und
 - zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
 - des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX

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

Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.

(4) Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen innerhalb von maximal vier Wochen je Krankheitsfall erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

(5) Haushaltshilfe

1. Die SECURVITA BKK gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,
 - a. wenn dem Versicherten wegen einer Leistung nach § 37 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, für die Dauer der häuslichen Krankenpflege.
 - b. wenn dem Versicherten wegen Krankenhausbehandlung, einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4 SGB V, einer Leistung nach § 24 SGB V, einer Leistung nach § 40 SGB V oder einer Leistung nach § 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.
 - c. wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt.
 - d. wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird über § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V hinaus für einen Zeitraum von zwei Wochen für maximal 4 Stunden pro Tag gewährt. Diese Regelung erweitert gleichermaßen den Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
2. Voraussetzung für Buchstabe b) bis d) ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die SECURVITA BKK kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

(6) (-)

(7) (-)

(8) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

(1) als dasjenige, für das die SECURVITA BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

(2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten (Erstattungsbetrag).

Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

3. Der Erstattungsbetrag (Apothekenverkaufspreis) für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 SGB V ist um 50 v. H. als Abschlag für die der SECURVITA BKK entgangenen Vertragsrabatte und die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

(9) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von nach dem Vierten Kapitel des SGB V zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Hierüber haben sie die SECURVITA BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht zugelassene Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der SECURVITA BKK in Anspruch genommen werden. Diese kann erteilt werden, wenn die Leistungserbringer zu den im Vierten Kapitel des SGB V genannten Berufsgruppen gehören und medizinische oder soziale Gründe ihre Inanspruchnahme rechtfertigen sowie eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die kollektiv auf eine Zulassung verzichtet haben (§ 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V) ist ausgeschlossen.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung bei der SECURVITA BKK nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die SECURVITA BKK davon Kenntnis erhält.

6. (-)
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SECURVITA BKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 2 v. H., maximal 25 € für Verwaltungskosten zu kürzen.

Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 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 die SECURVITA BKK in Anspruch genommen werden.

(10) Leistungsausschluss

1. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
2. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der SECURVITA BKK gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der SECURVITA BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der SECURVITA BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die SECURVITA BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13a (-)

§ 13b Selbstbehalt

- (1) Mitglieder können, sofern ihre Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, für einzelne Leistungen pro Kalenderjahr einen Teil der von der SECURVITA BKK zu tragenden Kosten in Höhe von € 600,- übernehmen (Selbstbehalt).

Hierbei werden folgende Leistungen für das Mitglied dem Selbstbehalt von € 600,- unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 24d – 24h SGB V handelt:

- Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V (§ 13 Abs. 2 der Satzung)
- Vorsorgekuren nach §§ 23 Abs. 2, 24 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 1 der Satzung)
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (§§ 13 Abs. 3, 15 Abs. 3 der Satzung)
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (§ 13 Abs. 3, § 13 Abs. 5 der Satzung)
- Heilmittel nach § 32 und § 11 Abs. 6 i.V.m. § 32 SGB V (§ 13 Abs. 3 und § 18a Abs. 2 bis 4 der Satzung)
- Leistungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V mit Ausnahme von Verträgen der zahnärztlichen Versorgung und Zahnersatz (§ 13d der Satzung)

Für die Dauer der Entscheidung für diesen Selbstbehalttarif erstattet die SECURVITA BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Höhe der Prämie beträgt 300,00 EUR pro Jahr. Es gelten die Regelungen des § 9a Abs. 4.

- (2) Die Zahlung erfolgt jeweils nachträglich nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres in Höhe von jeweils der Hälfte des jährlichen Prämienbetrags.
- (3) Die Wahl des Selbstbehalttarifs hat durch schriftliche Erklärung des Mitgliedes zu erfolgen und wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit der Selbstbehalttarif während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, werden der Selbstbehalt nach Absatz 1 und die Prämienzahlung nach Absatz 2 anteilig berechnet.

Freiwillig Versicherten wird die Wahl des Selbstbehalttarifs versagt, wenn die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind. Das gleiche gilt bei Versicherten, die mit der SECURVITA BKK eine Ratenzahlung vereinbart haben.

- (4) Es gelten die Regelungen des § 7a.

- (5) Wenn nach der Wahl des Selbstbehalttarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

§ 13c

Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

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

§ 13d

Wahltarif Besondere Versorgung

- (1) Die SECURVITA BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13e

Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

- (1) Die SECURVITA BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch.
- (2) (-)

§ 13f (-)

§ 13g

Wahltarife Krankengeld

- (1) Die SECURVITA BKK bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach §§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Abs. 3 SGB V gewählt haben und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- (2) Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- (3) Die Einzelheiten dieser Tarife sind in der Anlage dieser Satzung geregelt. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben dieser Anlage, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 13h

Wahltarif Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung

- (1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung einen Tarif für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung wählen.
- (2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 13c bis 13e ist ausgeschlossen.
- (3) Die Wahl des Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA BKK.
- (4) Erstattet werden dem Versicherten entstandene und nachgewiesene Kosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt und der Versicherte für diese Leistungen nicht bereits Sach- oder Dienstleistung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen hat. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen des Tarifs ausgeschlossen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt 92,5 vom Hundert des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen werden bis zum maximal 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages berücksichtigt.
- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 3. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Die Prämienhöhe errechnet sich nach dem Alter des Versicherten nach der Formel „Kalenderjahr der Teilnahme minus Geburtsjahr“. Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

Alter in Jahren	Monatsprämie in Euro
0 - 18	19,90 Euro
19 - 35	25,50 Euro
36 - 45	38,30 Euro
46 - 65	51,20 Euro
über 65	75,00 Euro

Das Mitglied erhält einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie, wenn der SECURVITA BKK die Genehmigung erteilt wird, die fällige Prämie mittels Bankeinzug von einem Konto abzurufen.

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 3 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 5 vom Hundert der Prämie.

Gerät das Mitglied mit mehr als zwei Monatsprämien in Rückstand, ruht der Anspruch auf Erstattung im Rahmen des Tarifs, bis das Mitglied alle rückständigen Prämien sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, beglichen hat.

- (6) Für Versicherte, die in einem vollen Kalenderjahr keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung. Voraussetzung ist, dass die Prämien für das Kalenderjahr sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig gezahlt wurden. Die Höhe der Prämienrückerstattung beträgt 25 vom Hundert der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Sofern ein Versicherter in mehreren ohne Unterbrechung aufeinander folgenden Kalenderjahren keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch nimmt, erhöht sich die Prämienrückerstattung mit jedem weiteren vollen Kalenderjahr ohne Leistungen um 5 vom Hundert der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Die Höhe der Prämienrückerstattung ist auf maximal 50 vom Hundert der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien begrenzt.
- (7) Es gelten die Regelungen des § 7a.
- (8) Wenn nach der Wahl des Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

§ 14

Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

- 1) Die SECURVITA BKK übernimmt über § 20i Abs. 1 SGB V i.V.m. der Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (SI-RL) hinaus die Kosten für folgende Schutzimpfungen:
 - Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
 - Gripeschutzimpfung ab dem 1. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, sofern kein anderweitiger Anspruch besteht,
 - Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV - Impfung) bei weiblichen und männlichen Versicherten über die Altersgrenzen der Standardimpfung gemäß der SI-RL hinaus bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres.
- 2) Die SECURVITA BKK übernimmt darüber hinaus auch die Kosten für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die durch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind. Übernommen werden die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch Institut empfohlenen Schutzimpfungen sowie die Impfung gegen die Japanische Enzephalitis und die Malariaphylaxe.
- 3) Die SECURVITA BKK erstattet jeweils 100 Prozent der Kosten des Impfstoffes bzw. des Arzneimittels, sofern der Impfstoff bzw. das Arzneimittel in Deutschland zugelassen ist. Ärztliche Impfleistungen werden in Höhe des 1,0 -fachen GOÄ Satzes erstattet. Der Anspruch auf Erstattung besteht nur, sofern keine Übernahme der Kosten auf Grund von Vereinbarungen nach § 132e SGB V erfolgt.

Soweit andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber), ist eine Kostenübernahme durch die SECURVITA BKK ausgeschlossen.

Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen sind die spezifizierten Rechnungen einzureichen. Für die Erstattung von Leistungen nach Abs. 2 ist ergänzend das Reiseziel anzugeben.

§ 15

Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

- (1) Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in anerkannten Kurorten übernimmt die SECURVITA BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25 Euro. Ein Zuschuss kann gewährt werden, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert.
- (2) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer

gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

- (3) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

§ 16

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können am Bonusprogramm Healthmiles für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm Healthmiles ist für Personen ausgeschlossen, die gemäß § 240 Abs. 4b Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Anwartschaftsversicherung bei der SECURVITA BKK abgeschlossen haben und für Personen, für die nach § 264 SGB V auftragsweise Leistungen durch die SECURVITA BKK erbracht werden.

Der Programmumfang und die Art des Programms bestimmen sich nach dem Lebensalter. Folgende Programme stehen zur Verfügung:

- > Healthmiles U18 für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- > Healthmiles für Versicherte ab 18 Jahren

2. Mit Beginn der Versicherung bei der SECURVITA BKK besteht Anspruch auf die Teilnahme am Bonusprogramm. Die Teilnahme beginnt mit der Anmeldung am Bonusprogramm. Die Anmeldung kann telefonisch, online oder schriftlich erfolgen. Mit dem Ende der Versicherung bei der SECURVITA BKK erlöschen alle noch bestehenden Bonusansprüche im Bonusprogramm Healthmiles. Auf Antrag leben insoweit erloschene Bonusansprüche wieder auf, wenn die Versicherung bei der SECURVITA BKK innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Beendigung wieder besteht.
3. 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 oder Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Nr. 3 SGB V wahrgenommen haben, oder regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen haben oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilgenommen haben.
4. Im Bonusprogramm Healthmiles U18 können Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bonuspunkte sammeln. Mit Erreichen des 18. Lebensjahres erfolgt der automatische Übergang in das Bonusprogramm für Erwachsene. Die bis dahin gesammelten Bonuspunkte werden übernommen.
5. Näheres zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ist in der Anlage zu § 16 dieser Satzung geregelt.

§ 16a

Kinderbonus

1. Weibliche Versicherte, die sich während der Schwangerschaft gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen besonderen Bonus, wenn sie und ihr Neugeborenes zum Zeitpunkt der Beantragung des Kinderbonus bei der SECURVITA BKK versichert sind und folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - a. Inanspruchnahme aller im Rahmen der Schwangerschaft gemäß den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen durch die werdende Mutter. Der Nachweis ist über eine Kopie des Mutterpasses zu erbringen.
 - b. Inanspruchnahme einer Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 oder 2 SGB V während der Schwangerschaft. Der Nachweis ist über eine Kopie des Bonusheftes zu erbringen.
 - c. Nachweis aller Kindervorsorgeuntersuchungen von U1 bis U4 nach § 26 SGB V.

2. Der Antrag auf Kinderbonus ist schriftlich bis zur Vollendung des 6. Lebensmonats des Kindes zu stellen. Die zusätzliche Quittierung der o.g. Leistungen im Bonusprogramm nach § 16 der Satzung ist ausgeschlossen.
3. Die Höhe des Kinderbonus beträgt je Kind 160 Euro.

§ 17 (-)

§ 18

Prävention, Krankheitsverhütung, betriebliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung

- (1) Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die SECURVITA BKK auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) mit den im Folgenden genannten Handlungsfeldern. Darüber hinaus sollen die Grundsätze der Ottawa-Charta wirksam werden.
- (2) Die SECURVITA BKK gewährt folgende Leistungen:
 1. Bewegungsgewohnheiten:
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
 2. Ernährung:
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 3. Stressmanagement:
 - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 - Förderung von Entspannung
 4. Suchtmittelkonsum:
 - Förderung des Nichtrauchens
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums
- (3) Die Förderung durch die SECURVITA BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Leistungen, die von der SECURVITA BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe der entstandenen Kosten, max. aber 100 Euro je Maßnahme gewährt.

Für die Teilnahme an Maßnahmen von Anbietern, die mit der SECURVITA BKK besondere Verträge auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention geschlossen haben, leistet die SECURVITA BKK je nach vertraglicher Vereinbarung darüber hinaus gehende Zuschüsse, Voraussetzung ist hierfür ebenfalls die Vorlage einer Teilnahmebestätigung.

- (4) Die SECURVITA BKK kann sich auf Antrag von Versicherten oder Arbeitgebern an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in folgenden Handlungsfeldern beteiligen:
 1. Arbeitsbedingte körperliche Belastung: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
 2. Psychosozialer Stress: Stressmanagement; gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.

Die Kostenbeteiligung erfolgt individuell, abhängig von der jeweiligen Maßnahme und den Durchführungsbedingungen im Betrieb, jedoch maximal in Höhe von 75 Euro je beteiligtem bei der SECURVITA BKK versichertem Mitarbeiter.

§ 18a

Zusatzleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

- (1) Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Aus den nachfolgenden Regelungen ergeben sich die Art, die Dauer und der Umfang der einzelnen Leistungen.
- (2) Anthroposophische Heilmittel
 1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können mit einer ärztlichen Verordnung anthroposophische Heilmittel in Anspruch nehmen, wenn sie medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
 2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt.
 3. Der Anspruch pro Versicherten besteht für insgesamt maximal 20 Therapieeinheiten der anthroposophischen Heilmittel (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) im Kalenderjahr. Pro Verordnung sind dabei maximal zehn Sitzungen erstattungsfähig. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 40 EURO pro Therapieeinheit Heileurythmie, 45 EURO pro Therapieeinheit Kunsttherapie und 35 EURO pro Therapieeinheit Rhythmische Massage. Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 32 Abs. 2 SGB V.
- (3) Chiropraktik
 1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können mit einer ärztlichen Verordnung chiropraktische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
 2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung von qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt wird. Als qualifizierte Leistungserbringer gelten Personen, die Mitglieder eines Berufsverbandes der Chiropraktoren sind, dessen Zugangsvoraussetzung ein erfolgreich abgeschlossenes Studium der Chiropraktik ist, welches den Anforderungen der WHO – Richtlinien entspricht sowie die Zulassung als Heilpraktiker nach dem Heilpraktikergesetz.
 3. Der Anspruch pro Versicherten besteht für maximal sechs Sitzungen im Kalenderjahr. Pro Quartal und Verordnung sind dabei maximal drei Sitzungen erstattungsfähig. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 60 EURO pro Sitzung. Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 32 Abs. 2 SGB V. Die Leistungen nach Abs. (4) werden auf den Anspruch angerechnet.
- (4) Osteopathie
 1. Die Versicherten der SECURVITA BKK können nach ärztlicher Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
 2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten 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.
 3. Der Anspruch pro Versicherten besteht für maximal sechs Sitzungen im Kalenderjahr. Pro Quartal und Verordnung sind dabei maximal drei Sitzungen erstattungsfähig. Erstattet werden die entstandenen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als 60 EURO pro Sitzung. Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 32 Abs. 2 SGB V. Die Leistungen nach Abs. (3) werden auf den Anspruch angerechnet.

(5) Professionelle Zahnreinigung

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung.
2. Der Zuschuss wird bis zu zweimal im Kalenderjahr in Höhe von je 26 EURO gewährt. Eine Bezuschussung ist ausgeschlossen, sofern ein Zuschuss nach § 18b Abs. 3 gewährt wird.

(5a) Zahnärztliche Behandlung

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben über die im SGB V geregelte zahnärztliche Versorgung hinaus, Anspruch auf Erstattung der Kosten für folgende von Vertragszahnärzten bzw. Vertragsärztinnen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführten Leistungen:
 - Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren im bleibenden Gebiss bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einmalig in Höhe von bis zu 50 EURO bei anstehender kieferorthopädischer Behandlung als Leistungspflicht der SECURVITA BKK
 - elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (GOZ 2400) und die zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (GOZ 2420) zusätzlich zur zahnärztlichen endodontischen Behandlung nach § 28 Abs. 2 SGB V in Höhe von insgesamt bis zu 50 EURO im Kalenderjahr
 - Bakterientest bei anstehender Parodontosebehandlung in Höhe von bis zu 50 EURO.

(5b) Retainer

1. Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten einmalig über die Regelversorgung hinaus zur Sicherung des Behandlungsergebnisses im Rahmen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung, soweit die Kostenübernahme durch die SECURVITA BKK erfolgte, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen einen Zuschuss zu den Kosten eines festsitzenden Frontzahnretainers (Retainer).
2. Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten für einen Retainer ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Erstattung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 100 EURO nach Vorlage der personalisierten Rechnung unter Angabe des Leistungserbringers, des Behandlungstages und der Abrechnungspositionsnummern sowie der Kosten.
3. Bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren und festsitzenden (im Unterkiefer) Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer entfällt der Zuschuss.

(6) Zurzeit nicht belegt

(7) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. Versicherte der SECURVITA BKK können im Einzelfall eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Derartige Risikofaktoren sind:

- a. Adipositas
- b. Hypertonie
- c. Kardiovaskuläre Erkrankungen
- d. Atemwegserkrankungen
- e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
- f. Diabetes
- g. Rauchen
- h. Alkoholmissbrauch

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

3. Die SECURVITA BKK erstattet die entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 60 EURO pro Untersuchung nach Nr. 1 Satz 1 und bis zu 120 EURO für alle Leistungen nach Nr. 1 Satz 1 und 2 zusammen. Der Untersuchungsanlass ist entsprechend zu belegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

(8) Hautkrebsvorsorge

1. Die Versicherten der SECURVITA BKK haben über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres im Einzelfall Anspruch auf zusätzliche Vorsorgeleistungen. Der Anspruch umfasst die Hautkrebsvorsorge durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen. Der Anspruch besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.
2. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Derartige Risikofaktoren sind:

- a. Vorliegen des Hauttyps 1 (Dermatitis solaris statt Bräunung)
 - b. Vorhandensein von mehr als 50 Leberflecken
 - c. Vorhandensein größerer Leberflecken > 5 mm
 - d. Immunsuppressive Therapie nach einer Organtransplantation.
3. Die Untersuchung beinhaltet:
- gezielte Anamnese (gezieltes Erheben der Krankengeschichte)
 - visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertriginen (sichtbaren Schleimhäute)
 - visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie
 - Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung
 - Dokumentation.
4. Die SECURVITA BKK erstattet die Kosten der Hautkrebsvorsorge bis maximal 40 Euro, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(9) Erstattungsregelung

Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen für die Leistungen nach den Absätzen 2 bis 4 sind jeweils die spezifizierten Originalrechnungen und die ärztlichen Verordnungen mit Angabe der Diagnose bis spätestens zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats (Posteingang) nach Ausstellung der Rechnung einzureichen.

Zur Erstattung des Zuschusses nach den Absätzen 5 bis 5b und 7 bis 8 ist die spezifizierte Originalrechnung bis spätestens zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats (Posteingang) nach Ausstellung der Rechnung einzureichen.

§ 18b

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V

- (1) Die SECURVITA BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Abs. 6 SGB V, die von nach § 134a SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten freiberuflichen Hebammen mit Ausnahme der Leistungen nach den Absätzen 3, 5 und 7 erbracht werden.

Aus den nachfolgenden Regelungen ergeben sich die Art, die Dauer und der Umfang der einzelnen Leistungen.

- (2) Hebammenrufbereitschaft

1. Die SECURVITA BKK erstattet die 24-stündige Hebammenrufbereitschaft in den letzten Wochen der Schwangerschaft, in der Regel zwischen der 37. und der 42. Schwangerschaftswoche. Die Höhe der Erstattung beträgt 100% der entstandenen Kosten bis maximal 250 EURO.
- (3) Professionelle Zahnreinigung während der Schwangerschaft
1. Versicherte der SECURVITA BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V während einer Schwangerschaft einmalig einen Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung in Höhe von 100% der entstandenen Kosten. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Leistung nach § 18a Abs. 5 der Satzung für dieselbe Behandlung ist ausgeschlossen.
 2. Für die Gewährung eines Zuschusses ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 5 eine Kopie des Mutterpasses als Nachweis über die bestehende Schwangerschaft einzureichen.
- (4) Geburtsvorbereitung für den Lebenspartner
1. Zur Vorbereitung auf die Geburt haben die Versicherten der SECURVITA BKK einen ergänzenden Anspruch auf einen Zuschuss für einen Geburtsvorbereitungskurs für den bei der SECURVITA BKK versicherten Lebenspartner.
 2. Die Höhe des Zuschusses beträgt 100% der entstandenen Kurskosten bis maximal 80 EURO. Die Teilnahmebestätigung ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 5 für die Erstattung einzureichen.
- (5) Schwangerschaftsvorsorge
1. Die SECURVITA BKK beteiligt sich über die gesetzlich geregelten Schwangerschafts- und Mutterchaftsleistungen hinaus, an den Kosten für nachfolgende nach entsprechender Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt durchgeführten Leistungen, die im Einzelfall bei Vorliegen eines konkreten Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der werdenden Mutter oder der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:
 - Ultraschalluntersuchungen für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhtem medizinischen Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes
 - Nackenfaltenmessung für Risikoschwangere
 - Triple Test für Risikoschwangere
 - Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen
 - Toxoplasmose Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen
 - Zytomegalie Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr
 - B-Streptokokken-Test in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 2. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 150 EURO pro Schwangerschaft. Der Grund des Untersuchungsanlasses ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 8 anzugeben.
- (6) Hebammenleistungen
1. Versicherte der SECURVITA BKK haben ergänzend zu § 24d SGB V Anspruch auf individuelle Beratungsleistungen durch Hebammen, wenn und soweit die zusätzliche Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist. Pro Beratungsgespräch ist eine Mindestdauer von 45 – 60 Minuten einzuhalten.
 2. Als individuelle Beratungsleistung kommen die Still- und Ernährungsberatung und die Beratung zur Wahl des Geburtsortes und des Geburtsmodus in Betracht.
 3. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von bis zu 30 EURO je Beratungsleistung bis zu zweimal pro Schwangerschaft.

(7) Arzneimittel für Schwangere

1. Versicherte der SECURVITA BKK haben nach ärztlicher Verordnung Anspruch auf alle nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium, Vitamin B12 und D3 sowie Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate.
2. Erstattet werden die je Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten in Höhe von bis zu 40 EURO maximal pro Schwangerschaft, sofern das Arzneimittel von einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet und von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Die ärztliche Verordnung ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 8 einzureichen.
3. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den genannten Wirkstoffen ist nicht möglich.
4. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(8) Erstattungsregelung

Zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen für die Leistungen nach den Absätzen 2 bis 7 sind jeweils die spezifizierten Originalrechnungen bis spätestens zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats (Posteingang) nach Ausstellung der Rechnung einzureichen. Für Leistungen nach Abs. 2 beginnt die Frist frühestens mit dem tatsächlichen Entbindungstermin. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, sofern die Leistung über einen Vertrag zur Besonderen Versorgung erbracht wird.

§ 19

Modellvorhaben

a) (-)

b) (-)

c) (-)

§ 20

Aufsicht

Die Aufsicht über die SECURVITA BKK führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

§ 21

Mitgliedschaft zum Landesverband


Die SECURVITA BKK gehört dem BKK Landesverband Bayern als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 22

Bekanntmachungen

- (1) Die Bekanntmachungen der SECURVITA BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.securvita.de sowie durch nachrichtliche Bekanntgabe in der Zeitschrift Securvital.

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

-
- 
- (2) Des Weiteren veröffentlicht die SECURVITA BKK im elektronischen Bundesanzeiger sowie im Internet unter www.securvita.de zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Zeitschrift Securvital veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsräumen der SECURVITA BKK aus.

**Artikel II
Inkrafttreten**

- (1) Die Satzung wurde aufgestellt am 19./20.11.1996.
- (2) Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

Dieser Satzungstext enthält alle beschlossenen und genehmigten Veränderungen seit dem 19./20.11.1996

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Einen Anspruch haben Mitglieder der Selbstverwaltung der SECURVITA BKK unter der Berücksichtigung der Beschlüsse des Verwaltungsrates bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates und dessen Ausschüssen, des hauptamtlichen Vorstands und der Widerspruchsausschüsse.

A. Ersatz von baren Auslagen

I. Inlandsdienstreise

Fahrkosten

Es werden erstattet:

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 von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.

b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden bei einer Abwesenheit pro Kalendertag von

- mindestens 8 aber weniger als 14 Stunden 6 Euro
- ab 14 aber weniger als 24 Stunden 12 Euro
- ab 24 Stunden 24 Euro.

Übernachtungsgeld/-kosten

a) Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 Euro. 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 vom Hundert, für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 vom Hundert des vollen Tagegeldes gekürzt.

II. Auslandsdienstreise

Es werden erstattet:

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 von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges innerhalb Europas die Kosten für die Economy-Klasse; ansonsten werden die Kosten der Business- bzw. einer vergleichbaren Klasse erstattet.

b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

d) Ein Auslandstagegeld in Höhe von 150 vom Hundert des vergleichbaren Inlandstagegeldes.

e) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

B. Pauschbeträge

I. für Zeitaufwand

a) Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 70 Euro gezahlt. Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt.

b) Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen wird dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates sowie seinem Stellvertreter bei Vorliegen eines Antrages monatlich jeweils das 6-fache des Pauschbetrages nach Buchstabe a) gezahlt.

c) Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann aufgrund eines besonderen Auftrages für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ein Pauschbetrag gemäß Buchstabe a) gezahlt werden. Der Pauschbetrag kann ausnahmsweise nur dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Selbstverwaltungsmitgliedes vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

II. 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. wird dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter bei Vorliegen eines Antrages monatlich jeweils 68 Euro gezahlt.

C. Ersatz für entgangenen Verdienstaussfall sowie für Beiträge zur Rentenversicherung

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

D. Ersatz bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind

Bei Dienstunfällen kommen die für den Öffentlichen Dienst geltenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften zur Anwendung.

Einem Antrag auf Kostenerstattung sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

Die Kostenordnung tritt am 01.09.2011 in Kraft. Sie wurde in der Sitzung des Verwaltungsrates am 11.08.2011 beschlossen.

Anlage zu § 13g Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die SECURVITA BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der SECURVITA BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der SECURVITA BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der SECURVITA BKK.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die SECURVITA BKK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der SECURVITA BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der SECURVITA BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der SECURVITA BKK nachzuweisen und die SECURVITA BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt, für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld

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

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

Wahltarifkrankengeld

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monats-betrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die SECURVITA BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der SECURVITA BKK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (i.V.m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der SECURVITA BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die SECURVITA BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der SECURVITA BKK
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die SECURVITA BKK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten

Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.


Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der SECURVITA BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der SECURVITA BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die SECURVITA BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der SECURVITA BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die SECURVITA BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der SECURVITA BKK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der SECURVITA BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der SECURVITA BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der SECURVITA BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats,



der der Feststellung der SECURVITA BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

Anlage zu § 16 der Satzung

AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN BONUSPROGRAMME HEALTHMILES ERWACHSENE / HEALTHMILES U18

1. Allgemein

Versicherte der Securvita BKK, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben als Teilnehmer im Bonusprogramm Healthmiles Anspruch auf einen Bonus.

Das Bonusprogramm ist nach Altersstufen in das Bonusprogramm Healthmiles U18 für Teilnehmer bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und in Healthmiles für Teilnehmer ab dem 18. Lebensjahr gegliedert.

Sowohl für Healthmiles U18 wie für Healthmiles gilt, dass mit gesundheitsbewusstem Verhalten Bonuspunkte erworben werden können. Voraussetzung dafür ist der Nachweis des gesundheitsbewussten Verhaltens.

Hat der Teilnehmer durch seine Maßnahmen/Aktivitäten ausreichend Bonuspunkte gesammelt, kann er diese in einen Bonus (siehe Punkt 3.) umwandeln.

2. Verfahren

Mit der Anmeldung zum Healthmiles-Bonusprogramm erhält jeder Teilnehmer ein eigenes Punktekonto und ein Healthmiles-Ticketheft für den Nachweis seiner gesundheitsförderlichen Aktivitäten.

Die Tickets aus dem Healthmiles-Ticketheft dokumentieren die Aktivität/Maßnahmen und dienen als Nachweis dieser. Aus den Tickets und Teilnahmebescheinigungen muss bei allen Maßnahmen hervorgehen: Name des Teilnehmers, Versicherungsnummer des Teilnehmers, Name und genaue Bezeichnung der Maßnahme, der Veranstalter und Dauer oder Wert der Maßnahme. Mit dem Ticket wird die Aktivität bescheinigt und bei der SECURVITA BKK eingereicht. Eine Kopie der Teilnahmebescheinigung bzw. Urkunde der Maßnahme bzw. Aktivität wird ebenfalls akzeptiert. Tickets und Teilnahmebescheinigungen sind bis maximal sechs Monate (Posteingang) nach Beendigung der Maßnahme/Aktivität einzureichen. Aktivitäten, die vor der Anmeldung zum Bonusprogramm absolviert wurden, werden nicht berücksichtigt.

Der Teilnehmer erhält Bonuspunkte für die akzeptierten Maßnahmen/Aktivitäten. Diese Aktivitäten werden in Bonuspunkte umgewandelt und seinem Punktekonto gutgeschrieben. Eine Übersicht über bepunktete Aktivitäten und deren Wertigkeit, kann im Maßnahmenkatalog unter www.healthmiles.de eingesehen werden. Der Maßnahmenkatalog ist Bestandteil der Satzung.

500 Bonuspunkte entsprechen einem Wert von 100 Euro (5:1).

Teilnehmer können den aktuellen Kontostand jederzeit online unter healthmiles.de einsehen oder telefonisch erfragen.

3. Bonus

Jeder Teilnehmer im Bonusprogramm kann seine gesammelten Bonuspunkte gegen Boni einlösen. In Healthmiles stehen Sach- und Geldboni sowie Einkaufsgutscheine zur Auswahl. Healthmiles U18 bietet Sachboni sowie Einkaufsgutscheine.

Eine aktuelle Übersicht über die Boni ist unter www.healthmiles.de einsehbar.

4. Bonuseinlösung

In Healthmiles U18 muss vor der erstmaligen Bonuseinlösung eine Mindestpunktzahl von 300 Bonuspunkten erreicht sein. Bei Healthmiles liegt die Mindestpunktzahl bei 500 Bonuspunkten.

Die Bonuseinlösung kann nach Erreichen der Mindestpunktzahl jederzeit durch den Teilnehmer online, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail mit Angabe des gewünschten Bonus erfolgen. Die Art der Boni kann kombiniert und mehrmals im Jahr in Anspruch genommen werden.

5. Familien-Geldbonus

Eltern und ihre Kinder können als Teilnehmer im Bonusprogramm gemeinsam Bonuspunkte sammeln und in einen Familien-Geldbonus umwandeln. Der einzulösende Anteil je Kind darf dabei den Anteil je Elternteil nicht überschreiten. Der Anteil je Kind beträgt dabei mindestens 300 Bonuspunkte (Mindestpunktzahl), je Elternteil 500 Bonuspunkte (Mindestpunktzahl). Es handelt sich um eine Variante zur Auszahlung/ Umwandlung bereits erworbener Punkte. Der Familien-Geldbonus wird auf das Bankkonto eines Elternteils überwiesen.

Übersicht Familien-Geldbonus:

Bonuspunkte	800	1.500	3.000
Anteil U18	300	500	1.000
Anteil Erwachsene	500	1.000	2.000
Bonus in Euro	160 €	300 €	600 €

6. Gültigkeit der Bonuspunkte

Um höherwertige Boni zu erhalten, behalten die Bonuspunkte nach Gutschriftdatum im Punktekonto maximal bis zu vier Jahre ihre Gültigkeit. Voraussetzung dafür ist, dass der Teilnehmer regelmäßig aktiv und das Konto nicht länger als 24 Monate ohne Bonuspunktgutschrift ist.

Wenn über einen Zeitraum von 24 Monaten keine Bonuspunkte erworben werden, verfallen alle bis dahin erworbenen Bonuspunkte.

7. Beendigung Bonusprogramm

Die SECURVITA BKK behält sich die Beendigung des Bonusprogramms vor. Dies gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung der Bonusprogramme durch die Aufsichtsbehörde der SECURVITA BKK. Die bis zum Ende der Bonusprogramme gesammelten Maßnahmen können innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Bonusprogramme eingelöst werden.

8. Übergangsregelung

Teilnehmer, die am 31.01.2020 im Bonusprogramm angemeldet waren, können bis zum 31.07.2020 Healthmiles-Punkte nach den bis zum 31.01.2020 gültigen Ausführungsbestimmungen (Stand 01.03.2016) sammeln.

9. Rückforderung von Boni

Die SECURVITA BKK ist berechtigt, den handelsüblichen Warenwert bzw. Geldwert für erhaltene Bonusauszahlungen zurückzufordern, die auf nachweislich falschen Dokumenten und Annahmen beruhen.

Maßnahmenkatalog nach §§ 20i Abs. 1 und 2, 21, 22 und 55 SGB V und §§ 25 und 26 SGB V i.V.m. den Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung sowie § 14 der Satzung der SECURVITA BKK

Maßnahme	Bonuspunkte	Bepunktung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Check-Up – ärztliche Gesundheitsvorsorgeuntersuchung zur Früherkennung	100	1 x	Gemäß der „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils aktuellen Fassung, ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig sowie ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle drei Jahre. Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.
Zahnprophylaxe	50	2 x	Kontrolluntersuchung durch Zahnarzt oder professionelle Zahnreinigung; Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Wird nicht bepunktet, wenn es bereits als Bestandteil des Kinderbonus bei der Mutter abgegolten wurde.
Mutterschaftsvorsorge	100	1 x je Mutterschaft	Komplett ausgefüllter Mutterpass mit Teilnahme an allen vorgesehenen Untersuchungen ab Feststellung der Schwangerschaft. Wird nicht bepunktet, wenn es bereits als Bestandteil des Kinderbonus abgegolten wurde.
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	100	1 x je Fachbereich	Gemäß der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL); Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.
Kindervorsorgeuntersuchung U1 bis U11	50	1 x je Untersuchung	Ärztlicher Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Wird nicht bepunktet, wenn es bereits als Bestandteil des Kinderbonus abgegolten wurde.
Jugendgesundheitsuntersuchung J1-J2	50	1 x je Untersuchung	Ärztlicher Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.
Schutzimpfungen	50	4 x	Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und Abs. 2 SGB V i.V.m. der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie darüber hinausgehende Schutzimpfungen soweit sie von der SECURVITA BKK gemäß § 14 der Satzung erstattet werden. Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt.
Blutdruckmessung im Normbereich	50	2 x	Bestätigung durch Apotheken oder Ärzte, dass der Blutdruckwert im Normbereich liegt oder sich innerhalb eines Jahres dem Normbereich um 10 Prozent angenähert hat. Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket; Bei Nachweis der Annäherung des Wertes: Vorlage des alten Wertes oder bestätigten Tickets.
Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich	50	1 x	Bepunktung für Erwachsene: sofern der BMI a) im altersentsprechenden Normalwert-Bereich liegt oder b) er sich innerhalb eines Jahres dem altersentsprechenden Normalwert-Bereich um zwei Zähler vor dem Komma genähert hat. Bei Nachweis der Annäherung des Wertes: Vorlage des durch den Arzt bestätigten alten Wertes. Bestätigung durch Apotheken oder Ärzte; Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Bepunktung für U18: Bestätigung des Normalgewichtes bei Kindern und Jugendlichen durch Arzt auf dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Berechnungsformeln und weitere Hinweise finden Sie im Internet u.a. bei www.bmi-rechner.biz .



Maßnahme gilt für Healthmiles



Maßnahme gilt für Healthmiles U18



Maßnahme gilt für Healthmiles und Healthmiles U18

Maßnahmenkatalog nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens; § 18 der Satzung sowie dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes

Maßnahme zur verhaltensbezogenen Prävention bei dafür geeigneten Veranstaltern z.B. Fitnessstudios, VHS, Onlinekurse	100	12 x	<p>Abgeschlossene Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote:</p> <p>Bei abgeschlossenen Maßnahmen: mindestens sechs Einheiten oder ein Wochenende: z.B. Herz-Kreislauf-Training, Walking, Nordic Walking, Wirbelsäulengymnastik, Cardiofitness, Aquafitness, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, Stressreduktion und -management, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Qigong, Tai Chi, Yoga, Nia, Tanz. Damit die Qualitätsstandards der Bonusprogramme Healthmiles und Healthmiles U18 erfüllt werden, sollen die Maßnahmen zur Stärkung des Rückens, zur allgemeinen Stärkung der Muskulatur und zur Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems in Fitnessstudios und bei Sport-Vereinen / -Verbänden, die dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) angeschlossen sind, durchgeführt werden.</p> <p>Bei laufenden Maßnahmen außerhalb von Sportvereinen, die einem Verband des Deutschen Olympischen Sportbundes angehören, Fitnesscentern oder Betriebs- / Hochschulsport-Gruppen gelten je 12 Einheiten als eine gesundheitsfördernde Maßnahme.</p> <p>Sofern die aktive Mitgliedschaft in Sportvereinen, Fitnesscentern oder Betriebs- / Hochschulsport-Gruppen bepunktet worden ist, können nur noch Maßnahmen berücksichtigt werden, wenn diese außerhalb der aktiven Mitgliedschaft in Sportvereinen, Fitnesscentern oder Betriebs- / Hochschulsport-Gruppen stattfinden.</p> <p>Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.</p>
Aktive Mitgliedschaft	100	1x im Halbjahr (max. 2 Vereine)	<p>Gutschrift 1 x pro Kalender-Halbjahr nach Ende des Halbjahres für die aktive Mitgliedschaft in allen Sportvereinen, die einem Verband des Deutschen Olympischen Sportbundes angehören, Fitnesscentern und beim Betriebs- / Hochschulsport. Beim Betriebssport handelt es sich nicht um eine Maßnahme nach § 20b SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung). Nachweis mit dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Darin sind alle Aktivitäten abgegolten, die im regulären Vereinsleben, Fitnesscenter oder Betriebshochschulsport stattfinden. Darunter fallen Wettbewerbe, Veranstaltungen, Trainingsspiele, Kurse und Ähnliches.</p>
Erwerb Deutsches Sportabzeichen / Schwimmabzeichen	100	1 x je Abzeichen	<p>Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.</p>
Erwerb Deutsches Wanderabzeichen	100	1 x	<p>Mindestanzahl Kilometer pro Jahr: bis zum 12. Lebensjahr = 100 km, 13-17 Jahre = 150 km und ab 18 Jahren = 200 km; für die Vergabe werden die in einem Kalenderjahr zurückgelegten Kilometer berücksichtigt (weitere Informationen unter www.wanderverband.de); Nachweis mit Kopie der Urkunde.</p>
Triathlon / Straßenlauf und Langstreckenlauf	100	5 x	<p>Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte.</p> <p>Bepunktung bei Zieleinlauf; Maßnahme erst ab einem Lebensalter von 8 Jahren anrechenbar; Triathlon -Streckenlängen: 8-9 Jahre = 0,1 km Schwimmen, 2,5 km Radfahren, 0,4 km Laufen / 10-11 Jahre = 0,2 km Schwimmen, 5 km Radfahren, 1 km Laufen / 12-15 Jahre = 0,4 km Schwimmen, 10 km Radfahren, 2,5 km Laufen / 16-17 Jahre = 0,75 km Schwimmen, 20 km Radfahren, 5 km Laufen (weitere Informationen unter www.dtu-info.de); Straßen und Langstreckenlauf: Streckenlängen: 8-9 Jahre = 2 bis 4,2 km / 10-11 Jahre = 4,2 bis 5 km / 12-13 Jahre = 5 bis 10 km / 14-15 Jahre = 5 bis 15 km / ab 16 Jahren = 7,5 bis 25 km, im Kinder- und Jugendbereich alternativ Erwerb des DLF-Laufabzeichens Stufe 1-5 (Bedingungen unter www.leichtathletik.de); Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Sportliche Aktivitäten (außerhalb von Vereinsmitgliedschaften), die für Turniere, Wettkämpfe, abgeschlossene Veranstaltungen und Ähnliches eingereicht werden, gelten als Gesamtleistungsnachweis und werden pro Veranstaltung nur einmal berücksichtigt, ebenso Aktivitäten, die sich aus mehreren Disziplinen (z.B. Laufen-Schwimmen-Radfahren beim Triathlon) zusammensetzen. Aktivitäten aus dem Leistungssport und private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können nicht bepunktet werden.</p>



Maßnahme gilt für Healthmiles



Maßnahme gilt für Healthmiles U18



Maßnahme gilt für Healthmiles und Healthmiles U18

Maßnahmenkatalog nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens; § 18 der Satzung sowie dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes

Maßnahme	Bonuspunkte	Bepunktung pro Jahr	Informationen zu den Maßnahmen
Sportveranstaltung / -wettbewerb / organisierte Radfahrt	50	10 x	<p>Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte.</p> <p>Bepunktung bei Zieleinlauf; Inlineskating, Schwimmen, Walking, Nordic Walking, Wandern, Bei organisierter Radfahrt: Mindestens 10 km Länge; Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Sportliche Aktivitäten (außerhalb von Vereinsmitgliedschaften), die für Turniere, Wettkämpfe, abgeschlossene Veranstaltungen und Ähnliches eingereicht werden, gelten als Gesamtleistungsnachweis und werden pro Veranstaltung nur einmal berücksichtigt, ebenso Aktivitäten, die sich aus mehreren Disziplinen (z.B. Laufen-Schwimmen-Radfahren beim Triathlon) zusammensetzen. Aktivitäten aus dem Leistungssport und private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können nicht bepunktet werden. Sofern bereits im gleichen Verein eine aktive Mitgliedschaft berücksichtigt wurde, kann die einzelne Maßnahme nicht bepunktet werden.</p>
Marathon / Halbmarathon / Radrennen oder Radmarathon	100	4 x	<p>Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte</p> <p>Bepunktung bei Zieleinlauf; Radrennen mindestens 100 km Länge; Radmarathon mind. 200 km Länge Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Sportliche Aktivitäten (außerhalb von Vereinsmitgliedschaften), die für Turniere, Wettkämpfe, abgeschlossene Veranstaltungen und Ähnliches eingereicht werden, gelten als Gesamtleistungsnachweis und werden pro Veranstaltung nur einmal berücksichtigt, ebenso Aktivitäten, die sich aus mehreren Disziplinen (z.B. Laufen-Schwimmen-Radfahren beim Triathlon) zusammensetzen. Aktivitäten aus dem Leistungssport und private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können nicht bepunktet werden.</p>
Duathlon/ Aquathlon	100	4 x	<p>Bepunktung der aktiven, erfolgreichen Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen die körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung (z.B. durch zertifizierte Übungsleiter) und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte</p> <p>Bepunktung bei Zieleinlauf; Maßnahme erst ab einem Lebensalter von 8 Jahren anrechenbar; Duathlon-Streckenlängen: 8-9 Jahre = 2,5 km Radfahren, 0,4 km Laufen / 10-11 Jahre = 5 km Radfahren, 1 km Laufen / 12-15 Jahre = 10 km Radfahren, 5 km Laufen / 16-17 Jahre = 20 km Radfahren, 5 km Laufen (weitere Informationen unter www.dtu-info.de); Aquathlon -Streckenlängen: 6-7 Jahre = 0,05 km Schwimmen, 0,2 km Laufen / 8-9 Jahre = 0,1 km Schwimmen, 0,4 km Laufen / 10-11 Jahre = 0,2 km Schwimmen, 1 km Laufen / 12-15 Jahre = 0,4 km Schwimmen, 5 km Laufen / 16-17 Jahre = 0,75 km Schwimmen, 5 km Laufen (weitere Informationen unter www.dtu-info.de); Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.</p>
Aktive Schulsportveranstaltung	50	unbegrenzt	Teilnahme an Veranstaltungen außerhalb des regulären Schulunterrichts (nicht verpflichtende Veranstaltung); Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket. Es handelt sich um Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote.
Erwerb Frühschwimmabzeichen „Seepferdchen“ Vielseitigkeitsabzeichen „Seehund Trixi“; Erwerb Deutsches Jugendschwimmabzeichen	100	1 x je Abzeichen	Nachweis mit Kopie der Teilnahmebescheinigung/ -urkunde oder dem entsprechenden Healthmiles-Ticket.



Maßnahme gilt für Healthmiles



Maßnahme gilt für Healthmiles U18



Maßnahme gilt für Healthmiles und Healthmiles U18