Satzung

vom 1.1.2017

**in der Fassung des
39. Und 40. Nachtrages**

Stand: 15.10.2026

INHALTSVERZEICHNIS

A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsverhältnisse
§ 2 Sitz
§ 3 Geschäftsgebiet
§ 4 Aufsicht
§ 5 Selbstverwaltungsorgan
§ 6 Verwaltungsrat
§ 6a Online-Wahl
§ 7 Vorstand
§ 8 Vertretung
§ 9 Widerspruchsausschüsse
§ 10 Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates
§ 11 BARMER Landesvertretungen, Standorte und Hauptdienststelle
§ 12 Betriebsnähe / Vertrauenspersonen
§ 13 Haushalts- und Rechnungswesen, Rücklage
§ 14 Änderungen der Satzung
§ 15 Bekanntmachungen, Aufklärung und Beratung

B Mitgliedschaft

§ 16 Kreis der versicherten Personen
§ 17 Erwerb und Beendigung der Mitgliedschaft
§ 18 Familienversicherung

C Einnahmen

§ 19 Aufbringung der Mittel
§ 20 Bemessung der Beiträge
§ 21 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 22 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

D Wahltarife

§ 23 Selbstbehalttarife
§ 24 Prämienzahlung für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen
§ 25 Wahltarif Modellvorhaben
§ 25a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
§ 26 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten
§ 26a Wahltarif besondere Versorgung
§ 27 Tarife für Krankengeld

E Leistungen

§ 28 Leistungen
§ 28a Osteopathische Leistungen für Neugeborene
§ 28b Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer(innen)
§ 28c Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Krankenhäuser
§ 28d Zusätzliche Leistungen für Familien
§ 28e Zahnversiegelung bei kieferorthopädischer Behandlung
§ 28f Haut-Check
§ 28g Digitale Versorgungsprodukte
§ 29 Leistungsausschluss
§ 30 Kostenerstattung
§ 31 Prävention
§ 32 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe
§ 32a Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
§ 33 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

§ 34 Haushaltshilfe
§ 35 Häusliche Krankenpflege
§ 36 Sonderregelungen für Krankengeld
§ 37 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
§ 38 Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
§ 38a Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten für Kinder und Jugendliche
§ 39 Bonus für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

F Versicherungsvermittlung

§ 40 Vermittlung von Zusatzkrankenversicherungen

G Ausgleich von Arbeitgeber(innen)aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 41 Aufwendungsausgleich für erstattungsberechtigte Arbeitgeber(innen)

H In-Kraft-Treten

§ 42 In-Kraft-Treten

A Verfassung

Name, Rechtsverhältnisse

§ 1

(1) Die am 1. Januar 2017 entstandene Kasse führt den Namen „BARMER Ersatzkasse“ sowie die Kurzbezeichnung „BARMER“. Sie geht aus der freiwilligen Vereinigung der am 1. Januar 2010 entstandenen BARMER GEK und der am 1. Januar 2015 entstandenen Deutsche BKK hervor.

(2) Die BARMER ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie erfüllt im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.

(3) Die Rechtsverhältnisse der BARMER richten sich nach den für die Ersatzkassen geltenden Vorschriften, insbesondere des Sozialgesetzbuches (SGB).

Sitz

§ 2

Der Sitz der BARMER ist Berlin.

Geschäftsgebiet

§ 3

Geschäftsgebiet der BARMER ist die Bundesrepublik Deutschland.

Aufsicht

§ 4

Die Aufsicht über die BARMER wird durch das Bundesamt für Soziale Sicherung ausgeübt.

Selbstverwaltungsorgan

§ 5

(1) Das Selbstverwaltungsorgan der BARMER ist der Verwaltungsrat. Die Wahlen der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie ihrer Stellvertreter(innen), die Wahlberechtigung und die Wählbarkeit richten sich nach Gesetz und sonstigem für die BARMER maßgebenden Recht. Abweichend von § 49 Absatz 2 Satz 2 SGB IV hat eine Wahlberechtigte / ein Wahlberechtigter, die / der zur Gruppe der Arbeitgeber(innen) gehört, so viele Stimmen wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihr / ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen, jedoch nicht mehr als 1.900 Stimmen.

(2) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich nach ihrer freien, nur durch das Gesetz und sonstiges für die BARMER maßgebendes Recht sowie durch die Rücksicht auf das öffentliche Wohl bestimmten Überzeugung aus und sind an Aufträge nicht gebunden. Stellvertreter(innen) haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes.

(3) Ein Mitglied des Verwaltungsrates, das verhindert ist, wird durch eine(n) Stellvertreter(in) vertreten.

(4) Die gewählten Bewerber(innen) werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tage, an dem die erste Sitzung stattfindet. Der neugewählte Verwaltungsrat tritt spätestens fünf Monate nach dem Wahltag zusammen. Die Amtsdauer seiner Mitglieder beträgt sechs Jahre; sie endet jedoch unabhängig vom Zeitpunkt der Wahl mit dem Zusammentritt des in den nächsten allgemeinen Wahlen neugewählten Verwaltungsrates. Wiederwahl ist zulässig.

(5) Die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat endet vorzeitig durch Tod oder mit Eintritt der Unanfechtbarkeit eines Beschlusses des Verwaltungsrates nach § 59 Absatz 2 oder 3 SGB IV. Endet die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat, tritt bis zur Ergänzung des Verwaltungsrates an die Stelle des ausgeschiedenen Mitgliedes ein(e) Stellvertreter(in).

(6) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n). Zur/Zum Vorsitzenden oder zur/zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählte Mitglieder des Verwaltungsrates erwerben ihr Amt mit der Erklärung, dass sie die Wahl annehmen.

(7) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten der BARMER, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 SGB I) befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nichtöffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

(8) Soweit Gesetz und sonstiges für die BARMER maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt, ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann die/der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

Verwaltungsrat

§ 6

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern. Er ist mit 27 Vertreterinnen/Vertretern der Versicherten und 3 Vertreter/innen der Arbeitgeber besetzt. Jede/r Versichertenvertreter/in und jede/r Arbeitgebervertreter/in verfügt über eine Stimme. Der Verwaltungsrat wird nach außen und innen durch seine(n) Vorsitzende(n) und im Verhinderungsfall durch deren/dessen Stellvertreter(in) vertreten. Die / der Vorsitzende und die / der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates üben das Vertretungsrecht des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand gemeinsam aus.

(2) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik – auch auf Verbandsebene – und überwacht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages die Arbeit des Vorstandes. Er beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BARMER sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BARMER maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Zu seinen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der BARMER erlässt der Verwaltungsrat ein Leitbild.

(3) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n) zu wählen,
2. sich eine Geschäftsordnung zu geben,
3. zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse und im Bedarfsfall Projektgruppen zu bilden,
4. den Vorstand sowie aus dessen Mitte die/den Vorstandsvorsitzende(n) und deren/dessen Stellvertreter(in) zu wählen,
5. in Abstimmung mit dem Vorstand die Abgrenzung der Zuständigkeiten seiner Mitglieder und deren Geschäftsbereiche zu beschließen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BARMER von grundsätzlicher Bedeutung sind (vgl. auch Abs. 2 Satz 3),
8. die BARMER gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
9. über die Änderungen der Satzung zu beschließen,
10. den Haushaltsplan festzustellen,
11. den Jahresbericht entgegenzunehmen, über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen sowie die/den Wirtschaftsprüfer(in) zu bestellen,
12. eine Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse zu erlassen,
13. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
14. das Recht, sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einzusehen und zu prüfen,
15. die Bestellung der ehrenamtlichen Vertreter(innen) der BARMER beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen und beim vdek,

16. die Entsendung von Vertreter(innen) der BARMER in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (§ 279 SGB V).

(4) Der Verwaltungsrat beschließt, soweit Gesetz oder sonstiges für die BARMER maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen.

(5) Der Verwaltungsrat wird nach Bedarf – mindestens viermal jährlich – von der/dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit der/dem stellvertretenden Vorsitzenden einberufen. Der Verwaltungsrat muss auch einberufen werden, wenn mindestens ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates das beantragt. Der Antrag ist zu begründen und von allen Antragstellerinnen/Antragstellern zu unterschreiben.

(6) Bei einer Angleichung der Satzung und der Geschäftsordnung an geänderte Rechtsvorschriften sowie in Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrates bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist, kann eine schriftliche Abstimmung erfolgen. Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat aus wichtigen Gründen oder in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Widerspricht ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung, ist über die Angelegenheit auf der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

Online-Wahl

§ 6a

Wahlberechtigte der Gruppe der Versicherten können bei den Sozialversicherungswahlen alternativ zur brieflichen Stimmabgabe auch durch elektronische Stimmabgabe (Online-Wahl) wählen.

Vorstand

§ 7

(1) Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern; die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Der Vorstand sowie aus dessen Mitte die/der Vorstandsvorsitzende und deren/dessen Stellvertreter(in) werden vom Verwaltungsrat gewählt.

(2) Der Vorstand verwaltet die BARMER und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für sie maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Ihm obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Aufstellung des Haushaltsplanes,
2. die Verwaltung und Anlage von Vermögenswerten,
3. die Einstellung, Höhergruppierung, Vertragsgestaltung und Kündigung der Beschäftigten,
4. der Abschluss von Tarifverträgen,
5. die Feststellung und der Einzug der Beiträge,
6. die Entscheidung über Leistungen,
7. der Abschluss von Verträgen über die Leistungserbringung an die Mitglieder,
8. im Benehmen mit dem Verwaltungsrat die Entscheidung über die Einstellung, Entlassung und die Gestaltung der Vertragsbedingungen von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der BARMER, die als Bereichsleiterin / Bereichsleiter oder Landesgeschäftsführerin / Landesgeschäftsführer nicht in den durch einen Tarifvertrag geregelten Bereich fallen.

(3) Der Vorstand stellt auf der Grundlage der vom Verwaltungsrat beschlossenen Abgrenzung der Geschäftsbereiche und unter Beachtung des Leitbildes des Verwaltungsrates Richtlinien auf. Innerhalb dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich, unbeschadet der Gesamtverantwortung des Vorstandes.

(4) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat umfassend und rechtzeitig zu berichten über

1. die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
2. die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.

Außerdem ist der/dem Vorsitzende(n) des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

(5) Wird gegen einen Bußgeldbescheid der BARMER ein zulässiger Einspruch eingelegt, nimmt der Vorstand die im Gesetz über Ordnungswidrigkeiten für das bußgeldrechtliche Zwischenverfahren vorgesehenen weiteren Aufgaben der Verwaltungsbehörde wahr.

Vertretung

§ 8

(1) Die BARMER wird in Angelegenheiten, die den Geschäftsbereich eines einzelnen Vorstandsmitgliedes überschreiten oder von grundsätzlicher Bedeutung oder von besonderer finanzieller Tragweite sind, gerichtlich und außergerichtlich vom Vorstand vertreten.

(2) Bereichsüberschreitend sind insbesondere Angelegenheiten, die aufgrund der Richtlinien des Vorstandes diesem in seiner Gesamtheit obliegen.

(3) In den einzelnen Geschäftsbereichen wird die Vertretung der BARMER von dem jeweils zuständigen Mitglied des Vorstandes wahrgenommen. Dies gilt insbesondere bei

1. grundbuchamtlichen Eintragungen,
2. Streitigkeiten vor Gerichten,
3. Anlage von Vermögenswerten sowie
4. Verträgen, soweit sie die für das Haushaltsjahr im jeweiligen Haushaltstitel veranschlagten Mittel nicht überschreiten.

(4) Der Vorstand kann im Einzelfall einem Vorstandsmitglied Einzelvertretungsbefugnis übertragen.

Widerspruchsausschüsse

§ 9

(1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden in Angelegenheiten der Sozialversicherung (§ 85 Abs. 2 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz) wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüssen) übertragen. Der Sitz der Widerspruchsausschüsse ist Berlin, Wuppertal, Schwäbisch Gmünd, Wolfsburg und Stuttgart.

(2) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus 4 ehrenamtlichen Mitgliedern. Ein Mitglied der Widerspruchsausschüsse, das verhindert ist, wird durch eine(n) Stellvertreter(in) aus der jeweiligen Stellvertreterliste vertreten. Die Mitglieder und Stellvertreter(innen) können Vertreter(innen) der Versicherten oder Vertreter(innen) der Arbeitgeber(innen) sein, wobei die Besetzungsregelung des § 6 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen ist.

(3) Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter(innen) werden vom Verwaltungsrat für die Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates gewählt. Dabei wählen die Versichertenvertreter/innen und die Vertreter/innen der Arbeitgeber im Verwaltungsrat jeweils ihre Vertreter/innen in den Widerspruchsausschüssen. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen Mitglied des Verwaltungsrates sein oder die Voraussetzungen der Wählbarkeit dafür erfüllen. Für die Ausübung des Ehrenamtes, die Haftung und den Verlust der Mitgliedschaft im Widerspruchsausschuss gelten die §§ 40, 42, 59 sowie 63 Absätze 3a und 4 SGB IV entsprechend; für die Entschädigung gilt § 10 entsprechend.

(4) Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus der Mitte der Mitglieder eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n).

(5) Mitglieder der Widerspruchsausschüsse können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse, deren Mitglied sie sind, mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung). Voraussetzung für das Zustandekommen einer hybriden Sitzung ist, dass während ihrer Dauer mindestens ein Mitglied des jeweiligen Widerspruchsausschusses am Sitzungsort persönlich anwesend ist. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei den mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitgliedern erfolgt

die Abstimmung mündlich nach namentlichem Aufruf durch die / den Vorsitzenden ihres Widerspruchsausschusses.

(6) Zugelassen ist nur die zeitgleiche Bild- und Tonübertragung. Eine bloße Tonübertragung, eine Tonunterbrechung, eine bloße Bildübertragung oder eine Bildunterbrechung sind während der Sitzung, auch bei einem nur vorübergehenden Verlassen des Platzes, nicht zulässig. Die mittels Bild- und Tonübertragung an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse teilnehmenden Mitglieder haben sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können. Die Bestimmungen dieses Absatzes gelten auch für die am Sitzungsort teilnehmenden Mitglieder.

(7) In außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen können Sitzungen der Widerspruchsausschüsse ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung), wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses den Ausnahmefall feststellt. Eine digitale Sitzung nach Satz 1 findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.

(8) Bei einer hybriden oder digitalen Sitzung gelten auch die per Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder der Widerspruchsausschüsse als anwesend. Bei Übertragungen nach Maßgabe der Absätze 5 bis 7 ist eine Übertragung von Bild und Ton der an der Sitzung teilnehmenden Personen unabhängig davon zulässig, ob sie in die Übertragung einwilligen.

(9) Das Nähere regelt die Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.

Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates

§ 10

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV. Der Verwaltungsrat beschließt die festen Sätze und die Pauschbeträge nach § 41 Absätze 1 und 3 SGB IV; er legt die Entschädigungen in einer Entschädigungsregelung fest, die als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.

BARMER Landesvertretungen, Standorte und Hauptdienststelle

§ 11

Die BARMER hat Standorte und Landesvertretungen in ganz Deutschland. Sie ist in ihrer Gesamtheit als eine Dienststelle organisiert. Die Hauptdienststelle bildet Berlin als Sitz der BARMER.

Betriebsnähe / Vertrauenspersonen

§ 12

Zur Herstellung einer möglichst engen Verbindung zwischen den Versicherten und der BARMER werden Mitglieder als Vertrauenspersonen tätig, die sich durch Vereinbarung für diese Aufgabe zur Verfügung stellen.

Haushalts- und Rechnungswesen, Rücklage

§ 13

(1) Die BARMER stellt für jedes Kalenderjahr (Haushaltsjahr) einen Haushaltsplan auf, der alle im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen sowie alle im Haushaltsjahr zu erwartenden Einnahmen enthält. Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt; der Verwaltungsrat stellt ihn fest.

(2) Der Vorstand stellt eine Jahresrechnung auf. Die aufgestellte Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung werden durch vom Verwaltungsrat bestellte sachverständige Prüfer(innen) geprüft. Die Jahresrechnung und der Bericht der Prüfer(innen) werden dem Verwaltungsrat zur

Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes vorgelegt. Die Vermögens- und Erfolgsrechnung werden in der Mitgliederzeitschrift bekannt gegeben.

(3) Die BARMER bildet zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage in Höhe von 20 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V genannten Zwecke.

(4) Die Rücklage der BARMER kann nur im Rahmen der Vorschriften der §§ 80 und 83 ff. SGB IV und des § 261 Absatz 6 SGB V angelegt werden.

Änderungen der Satzung

§ 14

(1) Änderungen der Satzung in ihrem Abschnitt A werden vom Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen gültigen Stimmen beschlossen, alle sonstigen Änderungen mit einer Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen. Die beschlossenen Änderungen erhalten nach der öffentlichen Bekanntmachung Rechtskraft.

(2) Die Änderungen der Satzung sind auch für die bestehenden Versicherungsverhältnisse wirksam. Soweit nichts anderes bestimmt wird, bleiben Ansprüche aus Versicherungsfällen, die vor dem Tage des In-Kraft-Tretens der Änderungen eingetreten sind, unberührt.

Bekanntmachungen, Aufklärung und Beratung

§ 15

(1) Änderungen der Satzung sowie des sonstigen autonomen Rechts werden auf der Internetseite www.barmer.de bekannt gemacht. Sonstige Bekanntmachungen der BARMER erfolgen rechtsverbindlich durch Aushang in den Geschäftsstellen.

(2) Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung sind im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der kasseneigenen Internetpräsenz spätestens zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres in einer für die Versicherten verständlichen Weise zu veröffentlichen (§ 305b SGB V). Zudem liegt die Veröffentlichung in den Geschäftsstellen für die Versicherten zur Einsicht aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

(3) Im Rahmen ihrer Zuständigkeit klärt die BARMER über Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch auf. Jede/r hat Anspruch auf Beratung über ihre/seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch.

B Mitgliedschaft

Kreis der versicherten Personen

§ 16

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

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

(2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX der BARMER bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihre Ehegattin / ihr Ehegatte oder ihre Lebenspartnerin / ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen.

Erwerb und Beendigung der Mitgliedschaft

§ 17

(1) Wer Mitglied der BARMER werden will, hat seinen Beitritt gegenüber der BARMER zu erklären, es sei denn, es erfolgt eine Anmeldung nach § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V. § 188 Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.

(2) Die freiwillige Mitgliedschaft endet,

1. ohne Einhaltung einer Frist durch Kündigung zu dem Zeitpunkt, an dem für das Mitglied ein Anspruch auf Familienversicherung besteht,
2. sobald das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, es sei denn, dass über- oder zwischenstaatliches Recht etwas anderes vorsieht.

Familienversicherung

§ 18

Die Ehegattin/Der Ehegatte, die/der Lebenspartner(in) und die Kinder eines Mitgliedes sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind nach Maßgabe des § 10 SGB V bei der BARMER versichert.

C Einnahmen

Aufbringung der Mittel

§ 19

Die Mittel der BARMER werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 SGB V).

Bemessung der Beiträge

§ 20

(1) Maßgeblich für die Beitragsbemessung sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) in der jeweils aktuellen Fassung. Danach werden die monatlichen Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Beitragspflichtige Einnahmen werden bis zu einem Betrag in Höhe der jeweiligen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

(2) Die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder sowie weiterer Mitgliedergruppen, auf die § 240 SGB V entsprechende Anwendung findet, erfolgt nach Maßgabe der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung erlassenen „Einheitlichen Grundsätze 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.

Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

§ 21

Die BARMER erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,29 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

§ 22

(1) Für die Fälligkeit und die Zahlung der Beiträge gelten die gesetzlichen Vorschriften sowie die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung erlassenen „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“.

(2) Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung in Rückstand sind, werden gemahnt.

D Wahltarife

Selbstbehalttarife

§ 23

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden oder die nicht ganz oder teilweise beitragsfrei sind, können sich für einen Selbstbehalttarif entscheiden. In diesem Falle werden die von der BARMER zu tragenden Kosten um den im gewählten Tarif vorgesehenen Selbstbehalt vermindert, der vom Mitglied zu übernehmen ist. Die folgenden Bestimmungen gelten für alle Selbstbehalttarife der BARMER. Die nähere Ausgestaltung der Tarife sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Mitgliedern sind in einer Anlage festgelegt, die Bestandteil der Satzung ist.

(2) Von der BARMER zu tragende Kosten für Schutzimpfungen, für Leistungen nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V, für ambulante vertragsärztliche bzw. zahnärztliche Behandlungen, die nicht als Einzelleistungen gesondert (extrabudgetär) vergütet werden oder die keine Verordnung zur Folge haben, sind vom Mitglied nicht zu übernehmen.

(3) Das Mitglied ist an die Wahl eines Selbstbehalttarifs drei Jahre gebunden (Bindungsfrist). Die Erklärung des Mitglieds ist schriftlich gegenüber der BARMER spätestens mit einer Frist von zwei Wochen vor Beginn eines Kalenderjahres abzugeben. Wird die Entscheidung für den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Wochen vor dem Ende der Bindungsfrist schriftlich widerrufen, gilt sie für ein weiteres Kalenderjahr.

(4) Entscheidet sich das Mitglied für einen Selbstbehalttarif, erhält es eine Prämienzahlung. Diese beträgt höchstens 20 v.H., für einen oder mehrere Tarife höchstens bis zu 30 v.H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600,- €, bei einem oder mehreren Tarifen 900,- € jährlich. Die Prämie wird im April des Jahres ausgezahlt, das auf das Kalenderjahr folgt, für das sie gilt.

(5) In besonderen Härtefällen kann das Mitglied den Tarif mit einer Frist von einem Monat kündigen.

(6) Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(7) Im Falle einer außerordentlichen Kündigung des Tarifs oder einer Beendigung der Mitgliedschaft vor Ablauf eines Kalenderjahres ist der Selbstbehalt anteilig zu übernehmen und die Prämie wird anteilig gewährt. Gleiches gilt für Kalenderjahre, in denen das Mitglied ganz oder teilweise beitragsfrei ist oder seine Beiträge vollständig durch Dritte getragen werden. Kalendermonate, in denen ganz oder teilweise der Tarif nicht gilt oder eine Mitgliedschaft nicht besteht, sowie Kalendermonate nach Satz 2 bleiben bei der Berechnung unberücksichtigt.

(8) Ein Tarif nach dieser Vorschrift kann mit einem oder mehreren Tarifen nach § 26a kombiniert werden.

Prämienzahlung
für Nichtinanspruchnahme von Leistungen

§ 24

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, können sich für Tarife zur Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen entscheiden. In diesem Falle wird den Mitgliedern eine Prämie gezahlt, wenn sie und ihre familienversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der BARMER nicht in Anspruch genommen haben. Die folgenden Bestimmungen gelten für alle Tarife zur Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen. Die nähere Ausgestaltung der Tarife sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Mitgliedern sind in einer Anlage festgelegt, die Bestandteil der Satzung ist.

(2) Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2, §§ 24 bis 24b SGB V, bleiben unberücksichtigt. Zusätzlich zu den Kosten nach Satz 1 bleiben Kosten für ambulante vertragsärztliche bzw. -zahnärztliche Leistungen

unberücksichtigt, die nicht als Einzelleistung gesondert (extrabudgetär) vergütet werden oder die keine Verordnung zur Folge haben.

(3) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifs ein Jahr gebunden (Bindungsfrist). Die Erklärung des Mitglieds ist schriftlich gegenüber der BARMER spätestens mit einer Frist von zwei Wochen vor Beginn eines Kalenderjahres abzugeben. Wird die Entscheidung für den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Wochen vor dem Ende der Bindungsfrist schriftlich widerrufen, gilt sie für ein weiteres Kalenderjahr.

(4) Die Prämie beträgt höchstens 20 v.H., für einen oder mehrere Tarife höchstens bis zu 30 v.H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600,- €, bei einem oder mehreren Tarifen 900,- € jährlich. Außerdem darf die Prämienzahlung ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten. Die Prämie wird im April des Jahres ausgezahlt, welches auf das Kalenderjahr folgt, für das sie gilt.

(5) In besonderen Härtefällen kann das Mitglied den Tarif mit einer Frist von einem Monat kündigen.

(6) Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

(7) Im Falle einer außerordentlichen Kündigung des Tarifs oder einer Beendigung der Mitgliedschaft vor Ablauf eines Kalenderjahres besteht Anspruch auf so viele Zwölftel der Prämie, wie Tarif oder Mitgliedschaft an vollen Kalendermonaten im Kalenderjahr bestanden haben. Gleiches gilt für Kalenderjahre, in denen das Mitglied ganz oder zeitweise beitragsfrei ist oder seine Beiträge vollständig durch Dritte getragen werden.

(8) Ein Tarif nach dieser Vorschrift kann mit einem oder mehreren Tarifen nach § 26a kombiniert werden.

Wahltarif Modellvorhaben

§ 25

(1) Die BARMER bietet ihren Versicherten eine Teilnahme an Modellvorhaben nach § 63 SGB V an. Die Teilnahme an Modellvorhaben ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben richten sich nach den für das jeweilige Modellvorhaben abgeschlossenen Verträgen.

Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

§ 25a

(1) Die BARMER bietet ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) nach § 73b SGB V an. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) Vor Abgabe ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung werden die Versicherten in schriftlicher Form umfassend informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Versorgungsvertrag ergeben,
- die Folgen fehlender Mitwirkung der Versicherten,
- die Möglichkeit und die Form des Widerrufs ihrer Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit der Beendigung ihrer Teilnahme sowie
- die im Rahmen des Versorgungsvertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten.

(4) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen regelt die BARMER in Teilnahmeerklärungen.

Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

§ 26

(1) Die BARMER bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V an. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung richten sich nach den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

Wahltarif besondere Versorgung

§ 26a

(1) Die BARMER bietet ihren Versicherten eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) Vor Abgabe ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung werden die Versicherten in schriftlicher Form umfassend informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Versorgungsvertrag ergeben,
- die Folgen fehlender Mitwirkung der Versicherten,
- die Möglichkeit und die Form des Widerrufs ihrer Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit der Beendigung ihrer Teilnahme sowie
- die im Rahmen des Versorgungsvertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten.

(4) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen von Pflichtverstößen der Versicherten regelt die BARMER in Teilnahmeerklärungen.

Tarife für Krankengeld

§ 27

(1) Die in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Versicherten können Tarife wählen, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 SGB V oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit (Krankengeldwahltarife). Abweichend von Satz 1 ist eine Teilnahme an diesen Tarifen ausgeschlossen, wenn Versicherte eine der in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V oder § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beziehen. Die Tarife sehen entsprechend der Leistungserweiterung monatliche Prämienzahlungen des Mitglieds vor. Die nähere Ausgestaltung der Tarife insbesondere in Bezug auf Höhe und Beginn des Krankengeldanspruchs, die Höhe der Prämie sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Mitgliedern sind in einer Anlage festgelegt, die Bestandteil der Satzung ist. Die für Krankengeld maßgeblichen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gelten auch für das Krankengeld aus Krankengeldwahltarifen, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist. Die folgenden Bestimmungen gelten für alle Krankengeldwahltarife, soweit durch Gesetz oder sonstiges für die BARMER maßgebendes Recht oder in der Anlage nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Der Anspruch auf Krankengeld für Mitglieder, die mit Prämienzahlungen in Höhe von insgesamt zwei Monaten im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und auf die Zeit des Ruhens entfallenden Prämien gezahlt sind oder wenn das Mitglied hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII wird. § 16 Absatz 3a SGB V gilt.

(3) Für die Fälligkeit der Prämie gilt § 22 Absatz 1 entsprechend. Während des Krankengeldbezuges sind Prämien nicht zu entrichten.

(4) Mitgliedern, die in einen anderen Krankengeldwahltarif wechseln, wird ein über ihren bisherigen Anspruch hinausgehendes Krankengeld nur gezahlt für Erkrankungen, die nach dreimonatiger Laufzeit des neuen Tarifs eintreten. Ein Tarifwechsel während einer laufenden Arbeitsunfähigkeit ist ausgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Erkrankung auf einen Unfall oder der Tarifwechsel auf den Beginn eines Versicherungsverhältnisses zurückzuführen ist, das den Krankengeldanspruch nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V ausschließt oder das Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz auslöst.

(5) Das Mitglied ist an die Wahl eines Tarifs auch bei einem Tarifwechsel drei Jahre gebunden (Bindungsfrist). Die Erklärung des Mitglieds zur Teilnahme am Wahltarif ist schriftlich gegenüber der BARMER spätestens mit einer Frist von zwei Wochen nach Beginn des Versicherungsverhältnisses abzugeben, das den Krankengeldanspruch nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V ausschließt. Für Versicherte nach § 53 Absatz 6 SGB V ist die Erklärung spätestens mit einer Frist von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz abzugeben. Gehen die Erklärungen fristgemäß ein, beginnt der gewählte Tarif mit Beginn des Versicherungsverhältnisses. Gehen die Erklärungen nicht fristgemäß ein, beginnt der gewählte Tarif mit Beginn des Monats, der auf den Monat des Eingangs der Erklärung folgt. Wird die Entscheidung für den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Wochen vor dem Ende der Bindungsfrist schriftlich widerrufen, gilt sie für ein weiteres Jahr. Die Tarife enden mit der Vollendung des 65. Lebensjahres, es sei denn, das Mitglied war

1. 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 oder
2. unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Tarif nach dieser Vorschrift oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

Die Tarife enden ferner, sobald Versicherte eine der in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 oder § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beziehen.

(6) In besonderen Härtefällen kann das Mitglied den Tarif mit einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.

(7) Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(8) Tarife nach dieser Vorschrift können nicht miteinander kombiniert werden.

E Leistungen

Leistungen

§ 28

(1) Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 11 Abs. 1 SGB V) und den Bestimmungen dieser Satzung.

(2) Kosten für Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der BARMER aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind (Fahrkosten), werden im Rahmen des § 60 SGB V übernommen.

(3) Die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen bestimmen sich nach den §§ 61 und 62 SGB V.

(4) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen durch eine(n) Ärztin/Arzt oder Zahnärztin/Zahnarzt verordnet sein. Arzneimittel dürfen nur in Apotheken, Verband-, Heil und Hilfsmittel in Apotheken oder bei zugelassenen Leistungserbringerinnen/-erbringern entnommen werden.

Osteopathische Leistungen für Neugeborene

§ 28a

(1) Versicherte, die das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf Erstattung von Kosten für die Versorgung mit osteopathischen Leistungen, die ihrer Art nach Heilmittel im Sinne des § 32 SGB V sind.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass

1. die Leistung notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
2. die Leistung durch eine(n) an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende(n) oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin / Arzt auf Privatrezept verordnet wird,
3. die Leistung durch eine(n) zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung, insbesondere an Neugeborenen berechtigte(n) Vertragsärztin / Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch eine(n) zugelassene(n) Physiotherapeutin / Physiotherapeuten oder durch eine(n) nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin / Arzt oder Physiotherapeutin / Physiotherapeuten erbracht wird, die/der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre,

soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

(3) Der Anspruch besteht nicht, wenn und sobald von Absatz 1 erfasste osteopathische Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen werden.

(4) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten der osteopathischen Leistung, jedoch nicht mehr als der nach Satz 2 und 3 ermittelte Betrag. Der Anspruch nach Absatz 1 ist der Höhe nach begrenzt. Er darf zusammen mit allen nach § 28d während der Schwangerschaft erbrachten Leistungen einen Betrag in Höhe von insgesamt 200,- € nicht überschreiten. Zur Erstattung sind der BARMER die Rechnungen sowie die schriftlichen ärztlichen Verordnungen nicht später als drei Monate nach dem Ausstellungsdatum der jeweiligen Rechnung einzureichen.

Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer(innen)

§ 28b

(1) Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern, falls die Leistungen medizinisch notwendig sind, um

eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die BARMER mit den nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

(2) Die BARMER schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen. Vertragspartner(innen) der Vereinbarungen können nur Leistungserbringer(innen) im Inland oder in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz sein, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind und die über eine Qualifikation verfügen, die der Qualifikation der im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer(innen) oder der Qualifikation der im jeweiligen nationalen System der gesetzlichen Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten vorgesehenen Leistungserbringer(innen) vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.

(3) Die Erbringung von Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden sind, ist nicht Regelungsgegenstand der Vereinbarungen nach Absatz 2.

(4) Die BARMER führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer(innen), mit denen Vereinbarungen nach Absatz 2 getroffen worden sind. Das Verzeichnis, welches Bestandteil dieser Satzung ist, enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BARMER stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(5) Für veranlasste Leistungen gilt § 30 Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 entsprechend.

Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Krankenhäuser

§ 28c

(1) Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die BARMER mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung nach Absatz 3 getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist ferner, dass

1. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gemäß § 39 SGB V vorliegt und von einer Ärztin / einem Arzt bescheinigt worden ist,
2. das Krankenhaus eine mindestens gleichwertige Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus gewährleistet,
3. die Leistung vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden ist,
4. der BARMER vor Leistungserbringung ein Kostenvoranschlag des Krankenhauses vorgelegt wird und
5. die BARMER vor der Krankenhausaufnahme in die Versorgung eingewilligt hat.

(3) Die BARMER schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäuser vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.

(4) Die BARMER führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach Absatz 3 getroffen worden sind. Das Verzeichnis, welches Bestandteil dieser Satzung ist, enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BARMER stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

Zusätzliche Leistungen für Familien

§ 28d

(1) Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der Regelungen in dieser Vorschrift während der Schwangerschaft Anspruch auf Erstattung von Kosten,

für Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 24d SGB V

1. die ihnen in den letzten fünf Wochen vor dem tatsächlichen Entbindungstermin für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme sowie während der Schwangerschaft für individuelle Beratungsleistungen entstehen, die durch eine zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte Hebamme erbracht werden, wenn und soweit die zusätzliche Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V oder einer mit der BARMER vereinbarten besonderen Versorgungsform ist. Als individuelle Beratungsleistung kommen insbesondere die Still- und Ernährungsberatung, die Beratung über eine Rauchentwöhnung und die Beratung zur Wahl des Geburtsortes und des Geburtsmodus in Betracht;

für zahnärztliche Behandlung nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 28 Absatz 2 SGB V

2. Kosten für eine professionelle Zahnreinigung, die von zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern durchgeführt wird;

im Einzelfall über die gesetzlichen Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 23 SGB V für ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden

3. Kosten für einen Test auf B-Streptokokken für Schwangere in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern;
4. Kosten für einen Test auf Toxoplasmose für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind (z.B. bei Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen);
5. Kosten für einen Test auf Zytomegalie für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind (z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr);
6. Kosten der Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind (z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen);
7. Kosten der Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind (z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen);

für die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V

8. Kosten für apothekenpflichtige Medikamente mit den Inhaltsstoffen des Vitamin B – Komplexes sowie Mineralstoffen und Spurenelementen, die dem in der Schwangerschaft erhöhten speziellen Bedarf gerecht werden, wenn und soweit sie von einer/m zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin / Arzt im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verordnet werden. Das Medikament muss von einer Apotheke oder des im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen worden sein;
9. Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), wenn und soweit sie von einer/m zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin / Arzt im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verordnet werden. Das Medikament muss von einer Apotheke oder des im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen worden sein;

für Heilmittel nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 32 SGB V

10. Kosten für die Versorgung mit osteopathischen Leistungen während der Schwangerschaft, die ihrer Art nach Heilmittel im Sinne des § 32 SGB V sind. § 28a Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Ein Anspruch auf Erstattung entsteht für die in Satz 1 unter Nummer 2 bis 10 genannten Leistungen nur, wenn nicht bereits ein Anspruch nach den Mutterschafts-Richtlinien besteht. Ferner ist Voraussetzung für diese Leistungen, dass sie mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes oder der Schwangeren entgegen zu wirken, oder aus einzelfallbezogenem Untersuchungsanlass. Beispiele für einen individuellen Untersuchungsanlass im Sinne dieser Vorschrift sind:

- Schwangerschaftsbedingte, über den normalen Verlauf einer Schwangerschaft hinausgehende Beeinträchtigungen des Kalziumhaushalts oder der Mundflora (Satz 1 Nummer 2),
- Untersuchungsfälle bei Frauen, die bereits ein Kind mit einem Neuralrohrdefekt oder anderen angeborenen Fehlbildungen geboren haben (Satz 1 Nummer 8),
- Übelkeit und Erbrechen (Satz 1 Nummer 9),
- Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems (wie z.B. Rücken- und Nackenschmerzen) durch die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (Satz 1 Nummer 10).

(2) Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 24d SGB V und nach Maßgabe der Regelungen dieser Vorschrift als Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft Anspruch auf Erstattung von Kosten, die ihnen als begleitende(r) Ehe- oder Partner(in) einer Schwangeren durch die Teilnahme an einem gemeinsamen Geburtsvorbereitungskurs entstanden sind. Ein solcher Anspruch besteht ferner für versicherte Schwangere auf Erstattung von Kosten für eine Begleitperson, sofern es sich um den Vater des Kindes oder den / die (Ehe-) Partner(in) der Versicherten handelt. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass der Geburtsvorbereitungskurs durch eine(n) gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene(n) oder gemäß § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Hebamme / Entbindungspfleger(in) durchgeführt wird.

(3) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch für sämtliche Leistungen nach Absatz 1 und 2 insgesamt nicht mehr als 200,- € je Schwangerschaft. Zur Erstattung sind der BARMER die Rechnungen sowie die schriftlichen ärztlichen Verordnungen bis spätestens zum 31. März des Folgejahres einzureichen.

Zahnversiegelung bei kieferorthopädischer Behandlung

§ 28e

(1) Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine Zahnversiegelung, die von zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern durchgeführt wird.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die kieferorthopädische Behandlung zur zahnärztlichen Behandlung gemäß § 28 SGB V gehört, ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan einer/s zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringerin / Leistungserbringers vorliegt, die Behandlung mit festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsgeräten erfolgt und die Leistung im Zusammenhang mit dieser kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird.

(3) Erstattet werden einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten je kieferorthopädischem Behandlungsfall nach Absatz 2, jedoch nicht mehr als 50,- €. Zur Erstattung sind der BARMER die Rechnungen einzureichen.

Haut-Check

§ 28f

(1) Versicherte, die zum Untersuchungszeitpunkt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe des folgenden Absatzes Anspruch auf Erstattung von Kosten, die ihnen für die Durchführung eines Haut-Checks durch eine(n) zugelassene(n) oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Dermatologin/Dermatologen oder Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten entstehen, wenn und soweit der Haut-Check nicht bereits Bestandteil einer mit der BARMER vereinbarten Versorgung nach §§ 25 bis 26a ist. Der Anspruch auf einen Haut-Check beinhaltet die visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute und bei bestehender medizinischer Notwendigkeit die Untersuchung tumorverdächtiger Hautveränderungen mittels Auflichtmikroskopie.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass es sich bei der Leistung um eine medizinische Vorsorgeleistung zur Behandlung folgender Risikogruppen und einzelfallbezogener Untersuchungsanlässe handelt:

Personen mit deutlich erhöhtem Melanomrisiko nach Maßgabe der S3 – Leitlinie „Melanom“, insbesondere bei

- multiplen melanozitären Nävi (≥ 100 gewöhnliche melanozytäre Nävi),
- atypischem Nävussyndrom (≥ 5 atypische melanozytäre Nävi und ≥ 50 gewöhnliche Nävi),
- ≥ 5 atypischen melanozytären Nävi aus Familien mit gehäuft auftretendem malignen Melanom (mindestens zwei Verwandte ersten Grades),
- einem malignen Melanom in der Vorgeschichte.

(3) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch innerhalb zweier Kalenderjahre nicht mehr als der Betrag, den der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in Ziffer 01745 für diese Leistung zum Untersuchungszeitpunkt vorsieht. Zur Erstattung sind der BARMER die Rechnungen einzureichen.

Digitale Versorgungsprodukte

§ 28g

(1) Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 32 SGB V Anspruch auf Erstattung von Kosten für digitale Versorgungsprodukte.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass

1. das digitale Versorgungsprodukt im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungsprodukte aufgenommen ist, welches als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist und
2. das digitale Versorgungsprodukt durch eine(n) an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende(n) oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin / Arzt verordnet wird oder die/der Versicherte das Vorliegen der medizinischen Indikation gegenüber der BARMER nachgewiesen hat und
3. die Leistungserbringerin / der Leistungserbringer die Einrichtung, Anleitung und Begleitung bei der Nutzung des digitalen Versorgungsproduktes im Rahmen der individuellen Therapie übernimmt und
4. vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme bei der BARMER gestellt und von ihr genehmigt wurde.

(3) In das Verzeichnis nach Absatz 2 Nummer 1 werden ausschließlich digitale Versorgungsprodukte aufgenommen, bei denen es sich um zulässige Medizinprodukte im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745 sowie des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) handelt und die die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit erfüllen. Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert. Auch enthält das Verzeichnis Angaben zu konkreten Anspruchsvoraussetzungen sowie zur Erstattungshöhe für die einzelnen digitalen Versorgungsprodukte.

(4) Erstattet werden die in der Anlage aufgeführten Beträge, begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch insgesamt nicht mehr als 300,- € je Versicherten und Kalenderjahr. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen und entweder die ärztliche Verordnung oder der Nachweis der medizinischen Indikation – je nach spezifischer Festlegung in der Anlage – vorzulegen. Kosten für ärztliche Verordnungen und Nachweise der medizinischen Indikation sind mit dem Zuschuss abgegolten."

(5) Sobald die Versorgung für ein in der Anlage aufgeführtes digitales Versorgungsprodukt im Rahmen der Regelversorgung erfolgen kann, ist ein Anspruch auf eine Versorgung nach dieser Vorschrift ausgeschlossen.

Leistungsausschluss

§ 29

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zu Unrecht gewährte Leistungen werden zurückgefordert.

(2) Die BARMER kann, soweit möglich, Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der Versicherten darüber einfordern, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V nicht allein dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei der Prüfung des Missbrauchstatbestandes sind die Versicherten zur Mitwirkung verpflichtet, zum Beispiel sich in begründeten Fällen einer Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu unterziehen. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen kann insbesondere eine schriftliche Erklärung des Versicherten gefordert werden, wonach er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und wonach er von der BARMER darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der BARMER insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die familienversicherten Angehörigen abzugeben.

(3) Die nach Absatz 2 erhobenen Daten und dabei insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich nach den Vorgaben des zweiten Kapitels des SGB X verarbeitet und genutzt.

Kostenerstattung

§ 30

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BARMER vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

(2) Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer(innen) dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BARMER in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer(innen) rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringerinnen/-erbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 SGB V im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.

(3) Versicherte sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Die Erklärung der/des Versicherten ist gegenüber der BARMER mit einer Frist von zwei Wochen vor Beginn des Kalendervierteljahres ihrer Gültigkeit abzugeben. Wird das Versicherungsverhältnis zur BARMER neu begründet, kann die Kostenerstattung ab Beginn der Versicherung gewählt werden, wenn die Erklärung spätestens in dem Monat zugeht, der auf den Monat des Versicherungsbeginns folgt. In diesem Falle gilt die Wahl für das Kalendervierteljahr, in das der Versicherungsbeginn fällt.

(4) Wird die Wahl der Kostenerstattung nicht mit einer Frist von zwei Wochen vor dem Ende des Kalendervierteljahres ihrer Gültigkeit gegenüber der BARMER widerrufen, gilt sie für ein weiteres

Kalendervierteljahr. Bei Selbstbehalttarifen nach § 23, die die Wahl der Kostenerstattung zur Voraussetzung haben, ist eine Kündigung vor Ablauf der Bindungsfrist des § 23 Absatz 3 ausgeschlossen.

(5) Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, jedoch höchstens in Höhe der Vergütung, die die BARMER bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H., höchstens 40,- €, gekürzt. Die BARMER kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages vereinfachen; auf Wunsch der / des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V wird der Erstattungsbetrag unter Berücksichtigung der der BARMER entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V sowie der Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 5 SGB V um einen Abschlag in Höhe von 20 v.H. gekürzt; ist der Apothekenverkaufspreis des gewählten Arzneimittels höher als der eines nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 5 SGB V abzugebenden Arzneimittels beträgt der Abschlag 30 v.H.

(6) Zur Erstattung sind der BARMER die Rechnungen der Leistungserbringer(innen) einzureichen. Die Rechnungen müssen nach Zeit und Art der Leistungen aufgegliedert sein; Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten. Auf Verlangen der BARMER hat die/der Versicherte die Bezahlung der Rechnungen nachzuweisen.

(7) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer(innen) in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle 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 aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer(innen) 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. Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V können nur nach vorheriger Zustimmung der BARMER in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die Versicherte / den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einer Vertragspartnerin / einem Vertragspartner der BARMER im Inland erlangt werden kann.

(8) Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BARMER bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Im Übrigen gelten für den Kostenerstattungsanspruch nach Absatz 7 die Absätze 5 und 6, Absatz 5 mit der Maßgabe, dass dessen Satz 3 nicht gilt.

Prävention

§ 31

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung), die den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Die Leistungen werden erbracht als

- Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in den Handlungsfeldern

  Bewegungsgewohnheiten
  - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
  - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

  Ernährung
  - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressreduktion/Entspannung
- Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken

Genuss- und Suchtmittelkonsum
- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V sowie
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V.

Je Kalenderjahr können neben Leistungen nach § 20a SGB V und § 20b SGB V höchstens zwei Maßnahmen der individuellen Prävention (Primäre Prävention; Gesundheitsförderung) beansprucht werden. Der Anspruch ist begrenzt auf die Höhe der tatsächlichen Kosten, jedoch nicht mehr als 75,- €, bei online-basierten Maßnahmen nicht mehr als 100,- € je Maßnahme.

Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

§ 32

(1) Versicherte der BARMER haben nach Maßgabe dieser Vorschrift Anspruch auf Leistungen für weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne des § 2 Nummer 9 und 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG), wenn und soweit nicht bereits nach § 20i Absatz 1 SGB V ein Anspruch auf die Leistungen besteht.

(2) Die Schutzimpfungen nach dieser Vorschrift werden als Sachleistung gewährt. Kann die Erbringung als Sachleistung im Einzelfall nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig.

(3) Die BARMER übernimmt die Kosten für folgende Schutzimpfungen:

1. Von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen
2. Von der STIKO empfohlene Reiseschutzimpfungen und medikamentöse Malariaprophylaxe für nicht berufliche Auslandsaufenthalte, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind
3. Impfung gegen Meningokokken B ab Vollendung des 5. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
4. Grippeimpfung ab Vollendung des 6. Lebensmonats bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres
5. Impfung gegen Frühsommer- Meningoenzephalitis (FSME) unabhängig von einem Aufenthalt in einem Risikogebiet
6. HPV-Impfung ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres
7. Auffrischimpfung gegen Keuchhusten ab Vollendung des 18. Lebensjahres
8. Masern-Impfung für vor dem 01. Januar 1971 Geborene, deren Impfschutz unzureichend ist
9. Impfung gegen Gürtelrose mit einem Totimpfstoff bei einem erhöhten Risiko für Gürtelrose vor Vollendung des 60. Lebensjahres
10. RSV-Impfung für Schwangere in der 32. bis 36. Schwangerschaftswoche in den Monaten September bis Januar.

Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

§ 32a

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren im Sinne des § 20k SGB V. Hierbei handelt es sich um

- Informationen zu digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen, wie telemedizinische Angebote, die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen, digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie digitaler Anwendungen in der Pflege (ambulant

wie stationär), die Nutzung elektronischer Patientenakten und anderer Anwendungen der Telematik-Infrastruktur
- Informationen zu Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit im Gesundheitswesen, bei telemedizinischen und anderen digitalen Angeboten
- Informationen zu gesundheitskompetenten Organisationen im Gesundheitswesen
- Digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsthemen generell.

Die Angebote / Leistungen müssen die nachstehenden Qualitätskriterien erfüllen:

- Ziele und Zielgruppe/Zielgruppen des Angebotes sind spezifiziert
- Der methodische Ansatz ist nachvollziehbar dargelegt
- Die zu erwartende Zielerreichung ist benannt
- Benachteiligten Zielgruppen wird eine erleichterte Inanspruchnahme ermöglicht
- Der Anbieter der Leistung gibt den Versicherten individuelle und leicht verständliche Unterstützung beim Zugang zur Leistung und bei Verständnisfragen
- Wenn im Rahmen der Leistungen auf weitere spezifische digitale Angebote hingewiesen wird, so sind deren Merkmale, deren Leistungsfähigkeit und deren Grenzen neutral darzustellen
- Verfasser, Herausgeber und Finanzierer der Leistung sind transparent dargestellt.
- Informationen zu Gesundheitsthemen generell.

Ausgeschlossen sind Angebote / Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten.

(2) Die Leistungen nach dieser Vorschrift werden als Sachleistung gewährt. Kann die Erbringung als Sachleistung im Einzelfall nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten bis zu einer Höhe von maximal 50,- € einmal kalenderjährlich erstattungsfähig.

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

§ 33

(1) Als medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen kann die BARMER erbringen:

1. ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V),
2. stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V),
3. medizinische Vorsorge für Mütter und Väter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen sowie Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen (§ 24 SGB V),
4. ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V),
5. stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V),
6. medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen sowie Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen (§ 41 SGB V).

(2) Bei den in Absatz 1 Nummer 1 genannten Leistungen zahlt die BARMER für chronisch kranke Kleinkinder zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von 21,- € täglich.

(3) Bei den in Absatz 1 Nummern 2, 3, 5 und 6 genannten stationären Maßnahmen bestimmt die BARMER im Einzelfall die in Anspruch zu nehmende Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Die danach entstehenden Kosten werden in Höhe der vereinbarten Vergütungen übernommen.

(4) § 23 Absätze 5 und 6, § 24 Absätze 2 und 3, § 40 Absätze 3 bis 5 sowie § 41 Absätze 2 und 3 SGB V gelten.

Haushaltshilfe

§ 34

(1) Ist Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen einer der in § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungen der BARMER vorübergehend nicht möglich, besteht Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn 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.

(2) Ist Versicherten die Weiterführung des Haushalts in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich, besteht Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn die BARMER Leistungen der Krankenbehandlung erbringt und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach Absatz 1 und 2 besteht für längstens vier Wochen je Krankheitsfall.

(4) § 38 Absatz 3 SGB V gilt.

Häusliche Krankenpflege

§ 35

(1) Versicherte erhalten neben der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, soweit diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und/oder versorgen kann.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Zeiten der häuslichen Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung werden angerechnet.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI eintritt.

Sonderregelungen für Krankengeld

§ 36

(1) Bei schwankendem Arbeitsentgelt wird für die Berechnung des Regelentgelts das Arbeitsentgelt aus den letzten drei vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträumen herangezogen.

(2) Bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung kann die BARMER die Zahlung und Berechnung des Krankengeldes den Erfordernissen im Einzelfall anpassen, um die Entgeltersatzfunktion des Krankengeldes sicherzustellen.

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

§ 37

(1) Versicherte,

a) die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V, Leistungen zur Zahnvorsorge nach §§ 21, 22, 22a und 55 SGB V, die professionelle Zahnreinigung, die zusätzlichen Kinder- und Jugenduntersuchungen, Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V und nach § 20i Absatz 2 SGB V i.V.m. § 32 oder Leistungen zur Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge nach § 24d SGB V i.V.m. den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA in Anspruch nehmen (§ 65a Abs. 1 SGB V) und / oder

b) regelmäßig Leistungen der BARMER zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen (§ 65a Abs. 1a SGB V),

haben nach Maßgabe der folgenden Regelungen Anspruch auf einen Bonus entsprechend der Anlage, welche Bestandteil dieser Satzung ist.

(2) Die Inanspruchnahme von Leistungen oder die Teilnahme an entsprechenden, qualitätsgesicherten Angeboten muss jeweils durch eine Bescheinigung nachgewiesen werden. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers oder der sonstigen Anbieterin / des sonstigen Anbieters oder per Screenshot aus der jeweiligen Gesundheitsapplikation, wobei eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten, Schrittzahlen und gefahrenen Radkilometern nicht erfolgt.

(3) Bei nachgewiesener Inanspruchnahme von Leistungen im Sinne von Teil 2 und / oder Teil 3 der Anlage können Versicherte, die eine in Teil 4 der Anlage aufgeführte Leistung in Anspruch genommen haben bzw. denen eine der dort genannten Aufwendungen entstanden ist, alternativ zum Geldbonus einen Zuschuss zu den Kosten dieser Leistung bzw. der Aufwendung erhalten. Der Zuschuss beträgt das Doppelte des Geldbonus nach Teil 1 der Anlage. Zuschüsse nach Satz 1 können je Kalenderjahr insgesamt maximal bis zum Erreichen von 1.000 Bonuspunkten gewährt werden. Zur Erstattung sind der BARMER die Rechnung der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers bzw. ein Nachweis über die Aufwendung (Abschluss des Versicherungsvertrages, bezahlte Beitragsrechnung) einzureichen, zu der der Zuschuss gezahlt werden soll. Eine Zuschussgewährung ist ausgeschlossen für Rechnungen, für die bereits eine Erstattung nach § 38 Absatz 11 erfolgt ist.

(4) Eine Kombination der in der Anlage aufgeführten Boni mit einem Zuschuss nach Absatz 3 in einem Kalenderjahr ist möglich.

(5) Werden in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren mindestens 500 Bonuspunkte erreicht, werden den Versicherten weitere 500 Bonuspunkte gutgeschrieben.

(6) Die Gewährung des Bonus erfolgt nur auf Antrag, welcher spätestens am 31. Dezember des Folgejahres zu stellen ist. Mit dem Ende der Versicherung bei der BARMER verfallen sämtliche Ansprüche auf einen Bonus nach dieser Vorschrift.

Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

§ 38

(1) Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und

- deren Gesundheitswerte Blutdruck, Blutzucker, Body Mass Index (BMI) oder Waist-Hip-Ratio (WHR) sich im Normbereich befinden,
- die ihren Versorgungsstatus überprüfen lassen,
- die sich regelmäßig qualitätsgesichert sportlich betätigen,
- die gemäß Absatz 5 als Nichtraucher angesehen werden können und
- die sich durch die vollständige Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention im Sinne von Absatz 7 gesundheitsbewusst verhalten

haben nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf einen Bonus.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Versicherten bei mindestens zwei der in Absatz 1 genannten Gesundheitsfaktoren einen gesundheitlichen Erfolg nachweisen müssen, wobei mindestens die regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Betätigung nach Absatz 5 nachgewiesen werden muss.

(3) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf die Faktoren Blutdruck, Blutzucker, BMI oder WHR gilt die bei den Versicherten mittels einer oder mehrerer Messungen festgestellte Einhaltung der für den jeweiligen Normbereich geltenden wissenschaftlich anerkannten Grenzwerte. Die Grenzwerte sind in einer Anlage zu dieser Bestimmung aufgeführt.

(4) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor Versorgungsstatus gilt die ärztliche Überprüfung auf eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen, zum Beispiel mit Vitamin D, Vitamin B 12, Kalium und Magnesium.

(5) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Betätigung gilt ein positiver Nachweis durch die / den Übungsleiter(in) oder durch Bescheinigung einer/eines zertifizierten oder qualitätsgesicherten Anbieterin / Anbieters, wonach die regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Betätigung stattgefunden hat, sowie gegebenenfalls die Bescheinigung einer / eines an der kassenärztlichen Versorgung oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin / Arztes.

(6) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor Nichtraucherstatus gilt die Feststellung durch Bescheinigung einer / eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin / Arztes, wonach davon ausgegangen werden kann, dass die / der Versicherte Nichtraucher(in) ist.

(7) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor verhaltensbezogene Prävention gilt die vollständige Inanspruchnahme von Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V.

(8) Die Erfüllung der Voraussetzungen ist von den Versicherten durch Bestätigungen der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers oder der sonstigen Anbieterin / des sonstigen Anbieters über vorgenommene Messungen bzw. die vollständige Inanspruchnahme der Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 7 sowie in den Fällen des Absatzes 5 und 6 durch die dort genannten Bescheinigungen zu belegen. Das Vorhandensein der für einen Bonusanspruch erforderlichen gesundheitlichen Erfolge muss bei dem Bonus nach Absatz 10 für jedes Kalenderjahr, bei dem Bonus nach Absatz 11 für die beiden aufeinanderfolgenden Kalenderjahre nachgewiesen werden, für die der Erfolgsbonus beansprucht wird.

(9) Alle Nachweise sind anhand einer Bonuskarte, die den Versicherten von der BARMER zur Verfügung gestellt wird, oder digital zu erbringen. Eine Abfrage medizinischer Daten der Versicherten erfolgt nicht.

(10) Werden für ein Kalenderjahr Erfolge in Bezug auf zwei Faktoren nachgewiesen, haben Versicherte nach Maßgabe von Satz 2 Anspruch auf einen Bonus in Höhe von insgesamt 100,- €. Bei Inanspruchnahme des Bonus kann ein weiterer Bonus nach Satz 1 frühestens für das zweite auf das bonifizierte Kalenderjahr folgende Jahr erneut beansprucht werden.

(11) Werden Erfolge in Bezug auf vier Faktoren nachgewiesen, haben Versicherte Anspruch auf einen Zuschuss zu den ihnen entstandenen Kosten für eine professionelle Zahnreinigung, Osteopathiebehandlung, Akupunkturbehandlung oder sportmedizinische Untersuchung. Der Zuschuss beträgt für zwei Kalenderjahre maximal 300,- €. Zur Erstattung ist der BARMER die Rechnung der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers einzureichen, zu der der Zuschuss gezahlt werden soll. Eine Zuschussgewährung ist ausgeschlossen für Rechnungen, für die bereits eine Erstattung nach § 37 Absatz 3 erfolgt ist.

(12) Die Gewährung des Bonus erfolgt jeweils auf Antrag, welcher spätestens am 31. März des auf den Teilnahmezeitraum folgenden Kalenderjahres zu stellen ist. Mit dem Ende der Versicherung bei der BARMER verfallen sämtliche Ansprüche auf einen Bonus nach dieser Vorschrift.

Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten für Kinder und Jugendliche

§ 38a

(1) Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben, die sich regelmäßig qualitätsgesichert sportlich betätigen und die sich durch die vollständige Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention im Sinne von Absatz 3 gesundheitsbewusst verhalten, haben nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf einen Bonus.

(2) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Betätigung gilt ein positiver Nachweis durch die / den Übungsleiter(in) oder durch Bescheinigung einer/eines zertifizierten oder qualitätsgesicherten Anbieterin / Anbieters, wonach die regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Betätigung stattgefunden hat, sowie gegebenenfalls die Bescheinigung einer / eines an der kassenärztlichen Versorgung oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin / Arztes.

(3) Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor verhaltensbezogene Prävention gilt die vollständige Inanspruchnahme von Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V.

(4) Die Erfüllung der Voraussetzungen ist von den Versicherten in den Fällen des Absatzes 2 durch die dort genannten Bescheinigungen und in den Fällen des Absatzes 3 durch Bestätigungen der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers oder der sonstigen Anbieterin / des sonstigen Anbieters zu belegen. Das Vorhandensein der für einen Bonusanspruch erforderlichen gesundheitlichen Erfolge muss für jedes Kalenderjahr, für das der Erfolgsbonus beansprucht wird, gesondert nachgewiesen werden.

(5) Alle Nachweise sind anhand einer Bonuskarte, die den Versicherten von der BARMER zur Verfügung gestellt wird, oder digital zu erbringen. Eine Abfrage medizinischer Daten der Versicherten erfolgt nicht.

(6) Versicherte haben bei Erfüllung der in dieser Vorschrift aufgeführten Voraussetzungen Anspruch auf einen Bonus in Höhe von insgesamt 60,- € pro Kalenderjahr.

(7) Die Gewährung des Bonus erfolgt jeweils auf Antrag, welcher spätestens am 31. März des auf den Teilnahmezeitraum folgenden Kalenderjahres zu stellen ist. Mit dem Ende der Versicherung bei der BARMER verfallen sämtliche Ansprüche auf einen Bonus nach dieser Vorschrift.

Bonus für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

§ 39

(1) Die BARMER kann mit Arbeitgeberinnen / Arbeitgebern, die bereit sind, mit ihr ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, einen Vertrag schließen, der das Nähere regelt. Das vereinbarte Programm muss den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b SGB V entsprechen. Der Vertrag regelt insbesondere die Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung, ferner die Voraussetzungen, unter denen Arbeitgeber/innen Anspruch auf einen Bonus haben, sowie die konkrete Höhe des Bonus. Arbeitgeber/innen erhalten den Bonus für die nachgewiesene Durchführung von qualitätsgesicherten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Für Maßnahmen, zu denen Arbeitgeber/innen bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet sind, wird ein Bonus nicht gewährt. Die Höhe des Bonus darf den von den Arbeitgeberinnen / Arbeitgebern zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses getragenen Monatsbeitrag zur Krankenversicherung nicht übersteigen. Die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der BARMER auf der Grundlage von § 20b Abs. 1 SGB V erbracht.

(2) BARMER versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus für die nachgewiesene Teilnahme an qualifizierten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, die der Arbeitgeber aufgrund des mit der BARMER geschlossenen Vertrages nach Absatz 1 anbietet. Die Höhe des an die BARMER versicherten Beschäftigten zu zahlenden Bonus richtet sich nach der Anzahl und Art der erfolgreich absolvierten Maßnahmen unterschiedlichen Inhalts. BARMER versicherte Beschäftigte erhalten den Bonus, wenn sie mindestens zwei Maßnahmen aus einer der folgenden Kategorien absolviert haben:

- Sensibilisierungsmaßnahmen (z.B. Vorträge/Gesundheitstage): der Bonus beträgt 25,- €,
- verhaltensorientierte Maßnahmen (z.B. Kursangebote/Workshops): der Bonus beträgt 50,- € und
- verhältnisorientierte bzw. multimodale angelegte Maßnahmen (z.B. Workshops für Führungskräfte, Kantinenberatung): der Bonus beträgt 75,- €.

Der aufsummierte Bonus beträgt je BARMER versicherten Beschäftigten insgesamt höchstens 100,- €.

F Versicherungsvermittlung

Vermittlung von Zusatzkrankenversicherungen

§ 40

Die BARMER vermittelt den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 194 Abs. 1a SGB V).

G Ausgleich von Arbeitgeber(innen)aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Aufwendungsausgleich für erstattungsberechtigte Arbeitgeber(innen)

§ 41

Der Ausgleich von Arbeitgeber(innen)aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach der Anlage zu dieser Vorschrift. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

H In-Kraft-Treten

In-Kraft-Treten

§ 42

Diese Satzung wurde vom Verwaltungsrat der Barmer GEK in seinen Sitzungen am 2. März 2016, 16. September 2016 und 21. Dezember 2016 sowie vom Verwaltungsrat der Deutschen BKK in seinen Sitzungen am 2. März 2016, 29. September 2016 und 21. Dezember 2016 beschlossen. Die Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in Kraft.

Anlage zu § 10 der Satzung

**Entschädigungsregelung für
die Mitglieder der Selbstverwaltung**

a) Reisekostenregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der BARMER

Die Mitglieder des Verwaltungsrates der BARMER haben bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit Anspruch auf folgende Entschädigungen:

1. Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes bemisst sich nach dem Bundesreisekostengesetz; sie beträgt

a) bei einer Abwesenheit von 24 Stunden € 28,--

b) für den An- und Abreisetag jeweils € 14,-- bei Übernachtung an diesem, einem anschließenden oder vorhergehenden Tag außerhalb der Wohnung,

c) bei einer Abwesenheit von weniger als 24 Stunden, aber mehr als 8 Stunden € 14,-- ohne Übernachtung; beginnt die ehrenamtliche Tätigkeit an einem Kalendertag und endet sie am nachfolgenden Kalendertag ohne Übernachtung, besteht Anspruch auf € 14,-- für den Kalendertag, in den der überwiegende Teil der insgesamt mehr als 8 Stunden dauernden Abwesenheit fällt.

Erhalten Organ- und Ausschussmitglieder ihres Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung, werden vom zustehenden Tagegeld für das Frühstück € 5,60 und für das Mittag- und Abendessen je € 11,20 einbehalten. Abweichend von Satz 2 können ihnen bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse auf Kosten der BARMER Getränke sowie ein kleiner Imbiss bis zu einer Höhe von insgesamt € 11,20 zur Verfügung gestellt werden. Satz 2 gilt auch, wenn in den erstattungsfähigen Übernachtungskosten das Entgelt für Verpflegung enthalten ist.

2. Übernachtungsgeld

Die Höhe des Übernachtungsgeldes bemisst sich nach dem Bundesreisekostengesetz; sie beträgt pauschal für eine notwendige Übernachtung € 20,--. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Für jeden Kalendertag einer Sitzung wird ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von € 90,-- gezahlt. Bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme erhalten andere Organmitglieder als die Vorsitzenden und ihre Stellvertreter diesen Pauschbetrag, wenn sie außerhalb von Sitzungen im Auftrage der BARMER tätig werden, jedoch monatlich nicht mehr als das Sechsfache dieses Pauschbetrages. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben. Die Vorsitzenden der vom Verwaltungsrat eingesetzten Ausschüsse und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach Satz 1.

4. Ersatz für Verdienstausfall und Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 41 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ersetzt.

5. Fahrkosten

Als Fahrkosten werden erstattet

a) der Fahrpreis der 1. Wagenklasse bei Benutzung von Verkehrsmitteln der Deutschen Bahn AG einschließlich der Zuschläge (z.B. IC-, ICE-Zuschläge; Bettkarte; Platzkarte),

b) bei Benutzung eines eigenen Personenkraftwagens die Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 2 des Bundesreisekostengesetzes,

c) für die regelmäßige Nutzung eines Fahrrads wird Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 3 Bundesreisekostengesetz in Verbindung mit Ziffer 5.3. der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Bundesreisekostengesetz geleistet (z.Zt. € 5,- / Monat).

d) bei Benutzung eines Flugzeuges die entstandenen Flugkosten,

e) Nebenkosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind (z.B. Kosten für Zu- und Abgang zum oder vom Bahnhof oder Flugplatz bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, einer Taxe oder eines Zubringers zum Flughafen; Park- und Garagengebühren; Gepäckkosten, Gepäckaufbewahrung; Post-, Telegramm- oder Fernsprechgebühren).

Bei Benutzung eines eigenen Personenkraftwagens werden Tage- und Übernachtungsgelder nur insoweit gewährt, als sie bei Benutzung von Verkehrsmitteln der Deutschen Bahn AG zu zahlen wären. Bei kürzerer Reisedauer ist diese zugrunde zu legen.

6. Sachschadenersatz bei Kraftfahrzeugunfällen

Erleiden Organmitglieder in Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit auf unmittelbarem Wege von oder nach dem Ort, an dem diese Tätigkeit ausgeübt wird, mit ihrem privateigenen Kraftfahrzeug einen Unfall, kann die BARMER dabei entstehende Kosten für Kraftfahrzeugschäden – soweit sie nicht anderweitig gedeckt sind – bis zum Betrag von € 332,34 erstatten. § 32 des Beamtenversorgungsgesetzes und Textziffer 32 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Beamtenversorgungsgesetz sowie die „Richtlinien für Billigkeitszuwendungen bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind“, gelten entsprechend. Dem Antrag sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

7. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

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

b) Festsetzung der Pauschbeträge für Zeitaufwand des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen und der Pauschbeträge für Auslagen des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen

a) Die Pauschbeträge für Zeitaufwand der Vorsitzenden des Verwaltungsrates für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 3 Satz 2 SGB IV) werden festgesetzt
für den Vorsitzenden des Verwaltungsrates auf das Zehnfache des Betrages nach Abschnitt a) Nummer 3 Satz 1 monatlich,
für den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates auf das Achtfache des Betrages nach Abschnitt a) Nummer 3 Satz 1 monatlich.

b) Die Pauschbeträge für Auslagen der Vorsitzenden des Verwaltungsrates für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) werden festgesetzt
für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates auf jeweils € 81,-monatlich.

Anlage zu §§ 23 und 24 der Satzung

F 100 Selbstbehalt von 150,- € je Kalenderjahr, für Mitglieder.

Die Prämie beträgt 100,- € je Kalenderjahr.

F 300 Selbstbehalt von 420,- € je Kalenderjahr, für Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen 18.650,- € übersteigen.

Die Prämie beträgt 300,- € je Kalenderjahr.

F 450 Selbstbehalt von 650,- € je Kalenderjahr, für Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen.

Die Prämie beträgt 450,- € je Kalenderjahr.

S 55 Selbstbehalt von 240,- € je Kalenderjahr, für Mitglieder.

Die Prämie beträgt 200,- € je Kalenderjahr.

A 200 Prämienzahlung für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen, für Mitglieder, die im Kalenderjahr, in dem der Tarif gewählt wird, bei der BARMER länger als drei Monate versichert waren.

Die Prämie beträgt 80,- € im ersten, 120,- € im zweiten und 200,- € ab dem dritten Kalenderjahr, in denen Leistungen nicht in Anspruch genommen worden sind. Kalenderjahre, die sich nicht an ein leistungsfreies Vorjahr anschließen, gelten als erstes Kalenderjahr.

Anlage zu § 27 der Satzung

1. Krankengeld für Mitglieder nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V

   Für die Berechnung der jeweiligen monatlichen Prämie gelten die nachfolgend aufgeführten Prozentsätze und Voraussetzungen. Die Bemessung der Prämie richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen zur gesetzlichen Krankenversicherung.

KGS22 Anspruch auf Krankengeld ab dem 22. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, als Ergänzung eines aufgrund einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V zu gewährenden Krankengeldes:

1,00 v.H.

KGS92 Anspruch auf Krankengeld ab dem 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit:

0,40 v.H.

Zur Wahl des Tarifs berechtigt sind Mitglieder, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V nicht abgegeben haben. Geben Mitglieder, die zuvor den Tarif gewählt haben, die Wahlerklärung nachträglich ab, ruht der Tarif solange, wie aufgrund der Wahlerklärung Krankengeld gezahlt wird.

2. Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz i.S.v. § 53 Absatz 6 SGB V

KGK15 Anspruch auf Krankengeld ab dem 15. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit

Die monatliche Prämie beträgt 8,00 €.

Anlage zu § 28g der Satzung

Erstattungsfähige digitale Versorgungsprodukte:

Produktart	ICD-Code	Kurzbeschreibung	Anspruchsvoraussetzung	Erstattungsbetrag
Digitale Sprachtherapie für Kinder mit Artikulationsstörungen	F80.-	• digitale Sprachtherapie bei Artikulationsstörungen für Kinder ab 3 Jahren • Ergänzung zur logopädischen Behandlung • Zulässiges Medizinprodukt im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745 sowie des MPDG • Datenschutzrechtliche Anforderungen werden erfüllt	die medizinische Indikation ist nachzuweisen, es sei denn, der BARMER ist die Durchführung einer logopädischen Behandlung bekannt	einmalig, maximal 199 Euro

Anlage zu § 37 der Satzung

Teil 1
Punktwerte, Bonus- und Zuschusshöhe

Punktzahl	Geldbonus	Zuschuss
50	5,- €	10,- €
100	10,- €	20,- €
150	15,- €	30,- €
200	20,- €	40,- €
250	25,- €	50,- €
300	30,- €	60,- €
350	35,- €	70,- €
400	40,- €	80,- €
450	45,- €	90,- €
500	50,- €	100,- €
550	55,- €	110,- €
600	60,- €	120,- €
650	65,- €	130,- €
700	70,- €	140,- €
750	75,- €	150,- €
800	80,- €	160,- €
850	85,- €	170,- €
900	90,- €	180,- €
950	95,- €	190,- €
1.000	100,- €	200,- €

Teil 2
Vorsorgebonus nach Absatz 1 Buchstabe a)

Kategorie	Punktzahl
Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V Zusätzliche Kinder- und Jugenduntersuchungen	100 je Leistung 150 je Leistung für Kinder und Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr
Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V und § 20i Absatz 2 SGB V i.V.m. § 32	100 je Leistung
Vollständige Inanspruchnahme der Leistungen zur Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge nach § 24d SGB V i.V.m. den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA	100
Leistungen zur Zahnvorsorge nach §§ 22, 22a und 55 SGB V *(2x jährlich bepunktbar)*	100 je Leistung
Professionelle Zahnreinigung *(1x jährlich bepunktbar)*	100

Teil 3
Aktivbonus nach Absatz 1 Buchstabe b)

Regelmäßige sportliche Aktivitäten
Je Maßnahme 1x jährlich bepunktbar

Maßnahme	Punktzahl
Aktive Mitgliedschaft mit sportlicher Betätigung in einem Verein des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)	150
Teilnahme an mehrtägigen, qualitätsgesicherten Sport- und Gesundheitschallenges, die inhaltlich den Anforderungen an Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) entsprechen oder an vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten. Beispielsweise: Lauf-Challenges, Meditations-Challenges, Rücken-Challenges, Mobility-Challenges, Ernährungs-Challenges zu glukosearmer Ernährung	150
Aktive Mitgliedschaft mit sportlicher Betätigung im Hochschulsport oder Betriebssport	150
Aktive Mitgliedschaft mit sportlicher Betätigung in einem qualitätsgesicherten Sport- oder Fitnessstudio	150
Ablegen eines sportlichen Leistungsnachweises, wie Deutsches Sportabzeichen, Leistungsabzeichen eines DOSB-Fachverbandes und Spaß am Sport (Bewegungsförderung)	150
Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter fachlicher Anleitung	150
Rückbildungsgymnastik	150
Babyschwimmkurs oder Schwimmkurs für Kinder ab 3 Jahren	150
Eltern-Baby- oder Eltern-Kind-Kurs	150
In vier aufeinanderfolgenden Wochen wöchentlich jeweils mindestens 50.000 Schritte laufen unter Nutzung einer qualitätsgesicherten Gesundheitsapplikation, die mit einem konkreten Gesundheitsziel verknüpft ist und die eine digitale Begleitung beinhaltet	150

In vier aufeinanderfolgenden Wochen wöchentlich jeweils mindestens 40 Kilometer Rad fahren unter Nutzung einer qualitätsgesicherten Gesundheitsapplikation, die mit einem konkreten Gesundheitsziel verknüpft ist und die eine digitale Begleitung beinhaltet	150

Regelmäßige Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Maximal 2 Maßnahmen jährlich bepunktbar

Maßnahme	Punktzahl
Bewegungskurs (auch online)	150
Entspannungskurs (auch online)	150
Ernährungskurs (auch online)	150
Raucher- und Suchtentwöhnungskurs (auch online)	150

Teil 4
Zuschussfähige Leistungen / Versicherungen

- Osteopathie
- Akupunktur
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Krebsfrüherkennungsleistungen
- Sehhilfen
- Großes Blutbild
- Vitaminwertbestimmung zu Vitaminen B12 und D
- Sportmedizinische Untersuchung
- Kinesiologisches Taping
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen
- Anthroposophische Heilmittel

als Nicht-GKV-Leistung, soweit jeweils nicht anderweitig übernommen

- Mitgliedsbeiträge für Sportverein und Fitnessstudio
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sport- und Gesundheitsapps
- Home-Testkits zur Gesundheitskontrolle
- private Krankenzusatzversicherung im Sinne des § 194 Absatz 1a SGB V
- private Pflegezusatzversicherung im Sinne des § 47 Absatz 2 SGB XI

Anlage zu § 38 der Satzung

Gesundheitsfaktor Body-Mass-Index (BMI) oder alternativ Waist-Hip-Ratio (WHR)

Voraussetzungen

BMI (berechnet Gewicht geteilt durch Körpergröße im Quadrat) Ergebnis zwischen 18,5 kg/m² und 25 kg/m²

WHR (berechnet Bauchumfang geteilt durch Hüftumfang) Ergebnis bei Frauen < 0,8 und bei Männern < 0,9

Gesundheitsfaktor Blutdruck

Voraussetzungen/Grenzwerte:

< 140 mmHg systolisch und/oder

< 90 mmHg diastolisch

Gesundheitsfaktor Blutzucker

Voraussetzungen/Grenzwerte bei Plasmaglukose:

- Messmöglichkeit Nüchtern-Glukose-Messung (Kapillarblut): unterhalb von 5,6 mmol/l (100 mg/dl) (Normalwert laut DDG 2012)
- Messmöglichkeit Nicht-Nüchtern-Glukose-Messung (Kapillarblut): Nicht-Nüchtern-Glukose-Messung (Kapillarblut) unterhalb von 7,8 mmol/l (140 mg/dl) (Normalwert kapillar laut DDG 2012)
- HbA1c als Ergänzung für bereits in Behandlung befindliche Versicherte mit dem Zielwert < 7,5%

Anlage zu § 41 der Satzung

1 Maßgebliche Rechtsvorschriften

1.1 Maßgeblich für den Aufwendungsausgleich sind neben den Vorschriften des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) sowie den sonstigen für die BARMER geltenden gesetzlichen und satzungsrechtlichen Bestimmungen die nachstehenden Sonderregelungen:

2 Erstattungsanspruch

2.1 Nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz gegenüber der BARMER erstattungsberechtigte Arbeitgeber(innen) haben Anspruch auf Ausgleich der Aufwendungen gemäß § 1 Absatz 1 AAG (U 1-Verfahren / Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) und § 1 Absatz 2 AAG (U 2-Verfahren / Leistungen bei Mutterschaft).

2.2 Im Rahmen des U 1-Verfahrens erfolgt eine Erstattung in Höhe von 65 v. H. der Aufwendungen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 AAG bis zum Betrag der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Aufwendungen nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 AAG sind hiermit ebenfalls abgegolten.

2.2.1 Auf Antrag der Arbeitgeber(innen) wird der Erstattungssatz auf 80 v. H. erhöht oder auf 50 v. H. ermäßigt. Der Antrag wird jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres wirksam, wenn er bis zum Termin der Fälligkeit der Umlagebeträge für den Abrechnungsmonat Januar dieses Jahres gestellt wird; bei der erstmaligen Teilnahme am Ausgleichsverfahren zum Beginn des ersten Teilnahmemonats, wenn der Antrag spätestens im Folgemonat gestellt wird.

2.3 Im Rahmen des U 2-Verfahrens erfolgt eine Erstattung der Aufwendungen gemäß § 1 Absatz 2 Nummern 1 und 2 AAG in vollem Umfang. Die Aufwendungen gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 3 AAG werden in Höhe der von dem / der Arbeitgeber(in) tatsächlich zu entrichtenden Beitragsanteile erstattet.

2.4 Die jeweilige Erstattung wird auf Antrag der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers erbracht.

3 Aufbringung der Mittel, Umlagesätze

3.1 Die Mittel zur Durchführung des U 1- und des U 2-Verfahrens werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgeberinnen / Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen gemäß § 7 AAG aufgebracht.

3.2 Die Umlagesätze betragen für das U 1-Verfahren 2,5 v. H., für das U 2-Verfahren 0,42 v. H.

3.2.1 Beantragen Arbeitgeber(innen) gemäß Nummer 2.2.1 den erhöhten Erstattungssatz, beträgt der Umlagesatz für das U 1-Verfahren 4,0 v. H., beantragen sie den ermäßigten Erstattungssatz, beträgt der Umlagesatz 1,9 v. H., jeweils vom 1. des Monats an, in dem der Antrag wirksam wird.

3.3 Für die Zahlung und den Nachweis der Umlagen gelten die für die Beiträge zur Krankenversicherung einschlägigen Regelungen entsprechend. Die Umlagebeträge sind für das U 1- bzw. U 2-Verfahren getrennt anzugeben.

4 Sondervermögen, Betriebsmittel

4.1 Die BARMER verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen. Für das U 1- bzw. U 2-Verfahren werden getrennte Betriebsmittel gebildet. Die Mittel dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden.

4.2 Die Betriebsmittel dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

4.3 Haushalt, Rechnungswesen

4.4 Die BARMER stellt in Ausgleichsangelegenheiten für jedes Kalenderjahr (Haushaltsjahr) einen gesonderten Haushaltsplan auf, der alle im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen sowie alle im Haushaltsjahr zu erwartenden Einnahmen enthält. Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt; der Verwaltungsrat stellt ihn fest.

4.5 Der Vorstand stellt in Ausgleichsangelegenheiten eine gesonderte Jahresrechnung auf. Die aufgestellte Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung werden durch vom Verwaltungsrat bestellte sachverständige Prüfer(innen) geprüft. Die Jahresrechnung und der Bericht der Prüfer(innen) werden dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes vorgelegt.