



# Bekanntmachung

## 37. Nachtrag zur Satzung der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) vom 01. Januar 2010

Das Bundesversicherungsamt hat den vom Verwaltungsrat der Siemens-Betriebskrankenkasse in seiner Sitzung am 06. Dezember 2017 beschlossenen 37. Nachtrag zur Satzung vom 01. Januar 2010 mit Bescheid vom 21. Dezember 2017 (Aktenzeichen: 213-59200.0 – 2223/2009) gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Der Nachtrag wird durch Aushang in den Geschäftsstellen sowie auf der Internetseite [www.sbk.org](http://www.sbk.org) bekannt gemacht.

Gemäß § 26 Abs. I der Satzung der Siemens-Betriebskrankenkasse ist eine zweiwöchige Aushangfrist einzuhalten; die Bekanntmachung hängt in der Zeit vom 22. Dezember 2017 bis 04. Januar 2018 aus.

München, 21. Dezember 2017

### **37. Nachtrag**

zur Satzung der Siemens-Betriebskrankenkasse

vom 01.01.2010

Stand: 10.11.2017

## Artikel I

1.) § 7 wird wie folgt benannt: „§ 7 Kreis der versicherten Personen“

2.) § 7 lautet wie folgt:

„I.

Zum Kreis der bei der SBK versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

II.

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der SBK nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III.

Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (§10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der SBK durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat. “

3.) **§15d Absatz II Sätze 1 und 2 werden ersetzt durch Satz 1:** <sup>1</sup>Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

4.) **§ 15d Absatz II Satz 3 wird zu Satz 2.**

5.) **§ 15d Absatz III wird ersatzlos gestrichen.**

6.) **In § 15e Absatz I Satz 1 werden die Worte „medizinische Versorgungszentren“ ersetzt durch die Worte „Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten“.**

7.) **§ 15e Absätze II, IV, V und VI werden ersatzlos gestrichen. Absatz III wird zu Absatz II**

8.) **§15e Absatz II Sätze 1 und 2 (neu) werden ersetzt durch Satz 1:** <sup>1</sup>Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen“. **Satz 3 wird zu Satz 2.**

9.) **In § 16 Absatz I Satz 3 lautet der 3. Aufzählungspunkt wie folgt:**

- Stressmanagement
  - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
  - Förderung von Entspannung“

**10. ) In § 16a Absatz IV Satz 2**

a.) wird das Wort „Jugenduntersuchungen“ durch das Wort „Jugenduntersuchung“ ersetzt.

b.) wird die Überschrift „Regelmäßige körperliche Bewegung –Mitgliedschaft Sportverein oder Fitness-Studio“ geändert in „Regelmäßige körperliche Bewegung –aktive Mitgliedschaft Sportverein oder Fitness-Studio“

c.) wird der Unterabschnitt „

**Regelmäßige körperliche Bewegung – Fit und Aktiv**

Sportliche Outdoor-Aktivitäten bei denen das gemeinsame Bewegungstraining im Vordergrund steht (organisierte Wanderungen über den deutschen Wanderverband oder deutscher Alpenverein, Mountainbike-Kurse, Kletterkurse, Radtouren über ADFC, aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung z.B. durch zertifizierte Übungsleiter)

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.“

Wie folgt neu formuliert:

**Regelmäßige körperliche Bewegung – Fit und Aktiv**

Sportliche Outdoor-Aktivitäten bei denen unter qualifizierter Leitung das gemeinsame Bewegungstraining im Vordergrund steht (organisierte Wanderungen über den deutschen Wanderverband oder deutscher Alpenverein, Mountainbike-Kurse, Kletterkurse, Radtouren über ADFC, aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen mit fachkundiger Vorbereitung und Anleitung z.B. durch zertifizierte Übungsleiter)

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

d.) **In § 16a Absatz IV Satz 4** wird der Unterabschnitt

**„Regelmäßige körperliche Bewegung –Mitgliedschaft Sportverein oder Teilnahme Sportkurs**

Aktives Mitglied im Sportverein oder Teilnahme an einem Sportkurs unter qualifizierter Leitung z.B. durch zertifizierte Übungsleiter

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

Wie folgt neu formuliert:

**Regelmäßige körperliche Bewegung – aktive Mitgliedschaft Sportverein oder Teilnahme Sportkurs**

Aktives Mitglied im Sportverein oder wiederholte Teilnahme an einem Sportkurs unter qualifizierter Anleitung z.B. durch zertifizierte Übungsleiter

Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter/Sportverein

e.) In § 16a Absatz V werden jeweils die Worte „erbracht wurden“ durch die Worte „in Anspruch genommen wurden“ ersetzt.

f.) In § 16a Absatz VI wird das Wort „Prämie“ durch das Wort „Bonus“ ersetzt

**11.) §§ 16b bis e werden zu §§16c bis f**

**12.) Neu eingefügt wird § 16b:**

**„§ 16 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten rund um die Schwangerschaft**

**I.**

**Teilnahmeberechtigter Personenkreis:** <sup>1</sup>Versicherte der SBK können am SBK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten rund um die Schwangerschaft teilnehmen. <sup>2</sup>Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. <sup>3</sup>Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

**II.**

**Erklärung und Dauer der Teilnahme:** <sup>1</sup>Die Teilnahme ist von der Versicherten zu erklären. <sup>2</sup>Sie beginnt nach Eingang der Erklärung bei der SBK mit Beginn der Schwangerschaft, aber nicht vor Beginn der Versicherung bei der SBK.

<sup>3</sup>Die Teilnahme endet mit Ablauf von 12 Monaten, gerechnet ab dem Tag der Geburt des Kindes (Bonuszeitraum). <sup>4</sup>Mit dem Ende der Versicherung bei der SBK endet zeitgleich auch die Teilnahme am SBK Bonusprogramm.

**III.**

**Anspruch und Nachweis:** <sup>1</sup>Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die drei der nachfolgenden Leistungen/Maßnahmen vollständig in Anspruch genommen und durchgeführt haben:

- die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt oder Hebamme/Mutterpass
- die Teilnahme an einer Rückbildungsgymnastik bei einer zugelassenen Hebamme oder einer nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme oder einem vergleichbaren qualifizierten Anbieter  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Anbieter
- dem Alter entsprechend vollständig in Anspruch genommene Kinderuntersuchungen U1-U3 nach § 26 Abs. 1 SGB V.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt/Kinderuntersuchungsheft (U-Heft)
- einen Nachweis des aktuellen Impfstatus des Neugeborenen nach § 20i SGB V.  
Nachweis: Stempel/Unterschrift Arzt/Impfpass

<sup>2</sup>Können bonifizierbare Leistungen/Maßnahmen in unterschiedlichen Bonusprogrammen der SBK bonifiziert werden, so werden diese jeweils nur in einem Bonusprogramm, nach Wahl des Versicherten, anerkannt.

<sup>3</sup>Die Teilnehmerin weist die vollständige Inanspruchnahme bzw. Durchführung der Gesundheitsmaßnahme, die zur Bonifizierung führt entsprechend der Vorgaben in Satz 1 durch Bestätigung des Leistungserbringers nach. <sup>4</sup>Der Teilnehmerin entstehende Kosten für die Nachweise werden von der SBK nicht übernommen.

<sup>5</sup>Für Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des jeweiligen Bonuszeitraums kann kein Gesundheitsbonus erworben werden. <sup>6</sup>Dies gilt auch für Maßnahmen, die außerhalb einer bestehenden Versicherung bei der SBK durchgeführt werden. <sup>7</sup>Zeiten nach § 19 SGB V werden dabei einer bestehenden Versicherung gleichgestellt.

IV.

#### **Gewährung Gesundheitsbonus:**

<sup>1</sup>Der Teilnehmerin hat die Wahlmöglichkeit zwischen

- a) einem Gesundheitsbonus, der als Geldbonus in Höhe von insgesamt 10 € gewährt wird oder
- b) einem Gesundheitsbonus, der als Zuschuss (zweckgebundener Bonus) zu Maßnahmen nach Absatz V in Höhe von maximal 50 € gewährt wird.

Bei Wahl der Variante b.) erhält die Teilnehmerin ihren Gesundheitsbonus als Zuschuss (zweckgebundener Bonus) nach Vorlage der Originalrechnung. <sup>3</sup>Dies gilt nur für Maßnahmen, die innerhalb der Teilnahme an diesem Bonusprogramm in Anspruch genommen wurden. <sup>4</sup>Es werden maximal die tatsächlich nachgewiesenen Kosten bezuschusst.

<sup>5</sup>Der Gesundheitsbonus kann bis spätestens 3 Monate nach Ende des Bonuszeitraums eingelöst werden. <sup>6</sup>Werden Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens 3 Monate nach Ende des Bonuszeitraums nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Gesundheitsbonus.

V.

**Zuschussleistungen:** <sup>1</sup>Versicherte, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Maßnahmen.

- **Geburtsvorbereitungskurs für Ehemann oder Partner.** Der Geburtsvorbereitungskurs muss von einer Hebamme, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist, erbracht werden.
- **Baby-Kurse.** Z. B. Pekip-Kurs, Delfi-Kurs, Babypflege-Kurs, Schwimmkurs für Babys, Babymassagekurs oder vergleichbare Baby-Kurse mit präventiven, gesundheits-bezogenen Inhalten bzw. Charakter.

<sup>2</sup>Satz 1 gilt nur, sofern die SBK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder ein anderweitiger Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist.

<sup>3</sup>Ausgenommen von dem Zuschuss sind gesetzliche Zuzahlungen und Leistungen die als bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen nach Absatz III für einen Bonus berücksichtigt wurden.

**13.) § 18 lautet wie folgt:**

### **„§ 18 Häusliche Krankenpflege**

<sup>1</sup>Versicherte erhalten neben einer zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlichen Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für maximal zwei Stunden täglich und für maximal 26 Wochen je Krankheitsfall. <sup>2</sup>In begründeten Ausnahmefällen, d.h. wenn ein entsprechender Versorgungsbedarf festgestellt wird, kann diese Leistung auch über den Zeitraum von 26 Wochen hinaus befristet gewährt werden.

<sup>3</sup>Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt

lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und/oder versorgen kann. <sup>4</sup>Der Anspruch nach Satz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI eintritt. <sup>5</sup>Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V.“

#### **14.) Neu eingefügt wird § 18a:**

##### **„§ 18a Haushaltshilfe**

<sup>1</sup>Die SBK gewährt über die gesetzlichen Regelungen (§ 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V) hinaus Haushaltshilfe solange nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist 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. <sup>2</sup>§ 38 Abs. 3-5 SGB V gelten.

#### **15.) § 19 lautet wie folgt:**

„§ 19 Wahltarife Krankengeld

I.

Die SBK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

II.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

III.

Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 7, die Bestandteil dieser Satzung ist.“

**16.) In § 21 wird Satz 1 wie folgt gefasst:** „<sup>1</sup>Die SBK vermittelt den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Versicherungsunternehmen.“

**17.) Absatz I des § 22a Osteopathie** wird wie folgt gefasst:

I.

Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, 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 einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

**18.) In § 22b Abs. I Satz 2** werden nach den Worten „definierten Blutparametern“ die Worte „ein Lungenfunktionstest“ eingefügt.

**19.) § 26 Absatz II lautet wie folgt:** „<sup>1</sup>Die öffentliche Zustellung nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in der SBK Zentrale und in den Regionen. <sup>2</sup>Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt

zwei Wochen. <sup>3</sup>Auf der Anordnung sind der Tag des Anheftens, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.“

## **20.) Anlage 7 wird wie folgt gefasst:**

### **Teilnahme**

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

### **Laufzeit/Bindungsfrist**

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

### **Tarifende/Kündigung**

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

### **Obliegenheiten der Teilnehmer**

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

### **Prämien**

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

<b>Wahltarifkrankengeld</b>	10€	20€	30€	40€	50€
<b>kalendertäglich</b>					
<b>Prämie monatlich</b>	10€	20€	30€	40€	50€

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

<b>Wahltarifkrankengeld</b>	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
<b>kalendertäglich</b>									
<b>Prämie monatlich</b>	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

13. Die SBK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

### **Anspruch**

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

bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der SBK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die SBK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der SBK

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß

Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Abs. 21 keine Anwendung.

22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

### **Zahlung**

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

### **Dauer**

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

### **Höhe**

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

### Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der SBK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der SBK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der SBK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

Der Nachtrag tritt am 01.01.2018 in Kraft.