Satzung

der

Deutschen Rentenversicherung

Knappschaft-Bahn-See

Stand: 9. Januar 2024

in der Fassung des 110. Satzungsnachtrages

(exklusiv des 105., 106. und 109. Satzungsnachtrages)

- beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 23. November 2023 sowie in einem schriftlichen Abstimmungsverfahren der Vertreterversammlung im November 2023 -

Inhaltsverzeichnis

Erster Teil
Verfassung

Erster Abschnitt
Körperschaft

§ 1 Rechtsnatur, Sitz

§ 2 Aufgaben

Zweiter Abschnitt
Organe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Erster Titel
Allgemeines

§ 3 Organe

§ 4 Wahl und Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane

§ 5 Ehrenamt, Amtsdauer

§ 6 Vorsitz der Selbstverwaltungsorgane

§ 7 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung

§ 7a Hybride und digitale Sitzungen

§ 8 Ausschüsse

Zweiter Titel
Vertreterversammlung

§ 9 Zusammensetzung der Vertreterversammlung

§ 10 Aufgaben der Vertreterversammlung

§ 11 Öffentlichkeit

§ 12 Vertretungsbefugnis der Vertreterversammlung

Dritter Titel
Vorstand

§ 13 Zusammensetzung des Vorstandes

§ 14 Aufgaben des Vorstandes

§ 15 Nichtöffentlichkeit

§ 16 Beanstandung von Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Vorstandes

§ 17 Vertretungsbefugnis des Vorstandes

Dritter Abschnitt
Verwaltung

§ 18 Geschäftsführung

§ 19 Geschäftsverteilungsplan

§ 20 Rehabilitationskliniken

Vierter Abschnitt
Besondere Ausschüsse

Erster Titel
Widerspruchsstelle

§ 21 Allgemeines

§ 22 Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse

§ 23 Wahl der Mitglieder und Stellvertreterinnen und Stellvertreter

§ 24 Amtsdauer, Verlust der Mitgliedschaft

Zweiter Titel
Widerspruchsausschuss der Seemannskasse

§ 25 Widerspruchsausschuss der Seemannskasse

Dritter Titel
Widerspruchsausschuss für Selbstverwaltungsangelegenheiten

§ 26 Widerspruchsausschuss für Selbstverwaltungsangelegenheiten

Vierter Titel
Einspruchsstelle

§ 27 Einspruchsstelle

Fünfter Abschnitt
Einspruchsausschuss für die Renten-Zusatzversicherung

§ 28 Einspruchsausschuss für die Renten-Zusatzversicherung

Sechster Abschnitt
Versichertenberaterinnen und Versichertenberater der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 29 Funktionsbezeichnung, Aufgaben und Pflichten sowie Datenschutz

§ 30 Wählbarkeit

§ 31 Amtsdauer; Versichertenältestenbezirke

§ 32 Wahlverfahren

§ 33 Nachfolge bei vorzeitigem Ausscheiden

§ 34 Amtsentbindung und Amtsenthebung

Siebter Abschnitt
Sozialmedizinischer Dienst

§ 35 Allgemeines

§ 36 Beirat

§ 37 Ombudsperson

Achter Abschnitt
Versichertensprecherinnen/Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung

§ 38 Versichertensprecherinnen/Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung

Neunter Abschnitt
Regionalausschüsse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 39 Allgemeines

§ 40 Zusammensetzung

§ 41 Wahl und Amtsdauer

Zehnter Abschnitt
Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen

§ 42 Entschädigung

Zweiter Teil
Krankenversicherung

Erster Abschnitt
Name und Aufgaben

§ 43 Name

§ 44 Aufgaben

Zweiter Abschnitt
Versicherter Personenkreis

§ 45 Versicherte Mitglieder

§ 46 Beitrittsrecht für freiwillige Mitglieder mit Schwerbehinderung

§ 47 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Austrittserklärung

§ 48 Örtliche Zuständigkeit

Dritter Abschnitt
Leistungen der Krankenversicherung

§ 49 Leistungsarten

§ 49a Leistungsausschluss

§ 49b Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

§ 50 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

§ 51 Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

§ 52 Primärprävention

§ 53 Schutzimpfungen

§ 54 - nicht besetzt -

§ 55 Ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten

§ 56 - nicht besetzt -

§ 57 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

§ 57a Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

§ 57b Künstliche Befruchtung

§ 57c - nicht besetzt -

§ 57d Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

§ 57e Zuschuss zu den Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses für Begleitpersonen

§ 57f Fissurenversiegelung der Prämolaren

§ 57g Glattflächenversiegelung

§ 57h Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

§ 57i - nicht besetzt -

§ 57j Leistungen bei Schwangerschaft

§ 57k Naturheilverfahren und Osteopathie

§ 57l Hautkrebsscreening

§ 57m Zweitmeinung

§ 58 Haushaltshilfe

§ 59 Krankenhausbehandlung und stationäre Entbindung

§ 60 - nicht besetzt -

§ 61 Zusatzsterbegeld

§ 62 Auskünfte an Versicherte

§ 63 Kostenerstattung

§ 63a Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall

§ 64 Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungen in Ländern, in denen die Verordnung (EG) Nr. 883/04 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist

§ 65 Teilkostenerstattung

§ 66 - nicht besetzt -

§ 66a Wahltarif Selbstbehalt

§ 66b Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit

§ 66c Wahltarif für prosper / proGesund

§ 66d Wahltarife zur Kostenerstattung

§ 66e - nicht besetzt -

§ 66f Wahltarife Krankengeld

§ 66g Wahltarif Teilkostenerstattung

§ 66h Wahltarif Reiseschutz

§ 67 Hausarztzentrierte Versorgung

§ 67a Besondere ambulante ärztliche Versorgung

§ 68 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

§ 68a Gesundheitskonto gesundPlus

§ 69 Kooperation mit PKV-Unternehmen

§ 70 Übergangsbestimmung

Dritter Teil
Pflegeversicherung

Erster Abschnitt
Name und Aufgaben

§ 71 Name

§ 72 Aufgaben

Zweiter Abschnitt
Versicherter Personenkreis

§ 73 Zuständigkeit der KNAPPSCHAFT

§ 74 Weiterversicherung

§ 75 Freiwilliger Beitritt

§ 76 Ende der Mitgliedschaft Weiterversicherter bei Austrittserklärung

Dritter Abschnitt
Leistungen der Pflegeversicherung

§ 77 Leistungsarten

§ 77a Leistungsausschluss

§ 78 Pflegehilfsmittel

§ 78a Kooperation mit PKV-Unternehmen

Vierter Teil
Rentenversicherung

Erster Abschnitt
Allgemeine Rentenversicherung

§ 79 Zuständigkeit

Zweiter Abschnitt
Knappschaftliche Rentenversicherung

§ 80 Zuständigkeit

§ 81 Knappschaftliche Arbeiten

Dritter Abschnitt
Weitergeltung von Vorschriften der Satzung der Reichsknappschaft

§ 82 Berechnung der Renten

Vierter Abschnitt
Seemannskasse

§ 82a Aufgabe

§ 82b Vermögen

§ 82c Satzung

§ 82d Beirat für die Angelegenheiten der Seemannskasse

Fünfter Teil
Aufbringung der Mittel und Bildung der Rücklage

Erster Abschnitt
Gemeinsame Bestimmungen

§ 83 Beitragsbemessung

§ 84 Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung und weitere Mitgliedergruppen

§ 84a - nicht besetzt -

§ 85 Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte, sonstige Personen, Weiterversicherte und Beigetretene

§ 86 - nicht besetzt -

§ 87 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

§ 88 Beitragsnachweis

Zweiter Abschnitt
Beiträge zur Krankenversicherung

§ 89 Beitragssätze der Krankenversicherung

§ 90 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

§ 91 Prämienzahlung

§ 92 Erstattung von Beiträgen aus der Rente

Dritter Abschnitt
Rücklage der Krankenversicherung

§ 93 Rücklagesoll

Sechster Teil
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 94 Regelung der Ausgleichsangelegenheiten

Siebter Teil
Renten-Zusatzversicherung

§ 95 Renten-Zusatzversicherung

§ 96 Normenkonkurrenz

Achter Teil
Förderprogramme und Förderprojekte des Bundes oder vom Bund administrierte Förderprogramme

§ 97 Fachstelle für Fördermittel des Bundes

Neunter Teil
Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 98 Bekanntmachung

§ 99 In-Kraft-Treten

Anhang

Anlage 1
Anlage 2
Anlage 3
Anlage 4
Anlage 5
Anlage 6
Anlage 7
Anlage 8
Anlage 9
Anlage 10
Anlage 11
Anlage 12
Anlage 13
Anlage 14
Anlage 15

Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Erster Teil

Verfassung

Erster Abschnitt

Körperschaft

§ 1
Rechtsnatur, Sitz

(1) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 29 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Sie vereinigt die Bundesknappschaft, die Bahnversicherungsanstalt, die Seekasse, die Seemannskasse, die See-Krankenkasse und die See-Pflegekasse zu einem einheitlichen bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger (Artikel 82 §§ 4, 5 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung; §§ 137 a bis e Sechstes Buch Sozialgesetzbuch; § 165 Absatz 4 alte Fassung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Sie hat ihren Sitz in Bochum.

§ 2
Aufgaben

(1) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist Träger der knappschaftlichen und der allgemeinen Rentenversicherung sowie unter dem Namen KNAPPSCHAFT Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (§ 132; § 126 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch; § 4 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie § 46 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit §§ 43, 71 der Satzung).

(2) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist darüber hinaus die zuständige Einzugsstelle für geringfügig Beschäftigte (§ 28 i Satz 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) und Träger einer Renten-Zusatzversicherung (Abteilung B der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt, Artikel 80 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung).

(3) Die Durchführung der Renten-Zusatzversicherung erfolgt nach den Vorschriften dieser Satzung (Artikel 83 § 16 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung in Verbindung mit §§ 95 ff. der Satzung).

(4) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Seemannskasse unter diesem Namen mit Wirkung vom 1. Januar 2009 als nichtrechtsfähige Einrichtung der allgemeinen Rentenversicherung weiter (§§ 137 a bis e Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 82 a ff. der Satzung).

(5) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See administriert und prüft Förderprogramme und Förderprojekte des Bundes oder vom Bund administrierte Förderprogramme (§ 7 Gesetz zur Errichtung der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See).

Zweiter Abschnitt

Organe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Erster Titel

Allgemeines

§ 3
Organe

(1) Organe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Selbstverwaltungsorgane und die Geschäftsführung.

(2) Selbstverwaltungsorgane der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Vertreterversammlung und der Vorstand (§ 31 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 4
Wahl und Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane

Die Wahl und Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See richten sich nach den Vorschriften des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung.

§ 5
Ehrenamt, Amtsdauer

(1) Die Mitgliedschaft in einem Selbstverwaltungsorgan ist ein Ehrenamt. Die Ausübung dieses Ehrenamts begründet kein Dienstverhältnis zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Stellvertreterinnen und Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie Mitglieder vertreten, deren Rechte und Pflichten.

(2) Die Amtsdauer der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane beträgt sechs Jahre. Sie endet unabhängig vom Zeitpunkt der Wahl mit dem erstmaligen Zusammentritt der in den nächsten allgemeinen Wahlen neugewählten Selbstverwaltungsorgane. Wiederwahl ist zulässig.

§ 6
Vorsitz der Selbstverwaltungsorgane

(1) Die Selbstverwaltungsorgane der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wählen jeweils aus ihrer Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden sowie eine stellvertretende Vorsitzende oder einen stellvertretenden Vorsitzenden. Die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende müssen verschiedenen Gruppen angehören.

(2) Die oder der Vorsitzende der Vertreterversammlung und die oder der Vorsitzende des Vorstandes müssen verschiedenen Gruppen angehören.

(3) Der Vorsitz in den Selbstverwaltungsorganen wechselt zwischen der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden jährlich (§ 62 Absatz 3 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) am 1. Oktober; erstmals zum 1. Oktober des Folgejahres der Sozialversicherungswahl.

§ 7
Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung

(1) Die Selbstverwaltungsorgane sind beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder nach den Bestimmungen der Geschäftsordnungen ordnungsgemäß geladen sind und mehr als die Hälfte von ihnen anwesend sowie stimmberechtigt ist (§ 64 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Ist ein Selbstverwaltungsorgan nicht beschlussfähig, kann die oder der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Absatz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen (§ 64 Absatz 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(3) Soweit durch Gesetz oder diese Satzung nichts anderes bestimmt ist, beschließen die Selbstverwaltungsorgane mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung eine Mehrheit nicht zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(4) Für Änderungen oder Ergänzungen der Satzung bedarf es einer Mehrheit von mindestens zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen.

(5) Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See kann in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Absatz 3 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(6) Die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See kann in folgenden Fällen schriftlich abstimmen:

1. Angleichung von Bestimmungen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an Gesetz oder höchstrichterliche Rechtsprechung,

2. Änderung von Bestimmungen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auf Grund von Anregungen der Aufsichts- oder der Genehmigungsbehörde, soweit sie nicht autonomes Recht betreffen,

3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung der Vertreterversammlung bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,

4. Angelegenheiten, über die nach Beratung in einer Sitzung auf Grund eines Beschlusses der Vertreterversammlung im schriftlichen Verfahren abschließend abgestimmt werden soll.

Im Zusammenhang mit Wahlhandlungen ist eine schriftliche Abstimmung ausgeschlossen.

Darüber hinaus kann die Vertreterversammlung aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt zum Beispiel das Vorliegen einer Pandemie.

(7) Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans der schriftlichen Abstimmung widerspricht oder sich bei einer schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit ergibt, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Selbstverwaltungsorgans zu beraten und abzustimmen (§ 64 Absatz 3 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 7a
Hybride und digitale Sitzungen

(1) Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung, § 64a Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

Eine Teilnahme per Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist nur zulässig, wenn eine persönliche Anwesenheit des Mitglieds oder der Stellvertretung beispielsweise aufgrund von unaufschiebbaren dienstlichen Terminen, Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen kurzfristig nicht möglich ist.

Eine Teilnahme per Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist für die/den Vorsitzende/n des tagendenden Organs sowie die mit der Organisation der Sitzung betrauten Mitarbeitenden der Verwaltung nicht möglich.

Hybride Sitzungen sind bei konstituierenden Sitzungen nicht zulässig (§ 64a Absatz 1 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

Bei öffentlichen hybriden Sitzungen des Selbstverwaltungsorgans wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Präsenz ermöglicht.

(2) In außergewöhnlichen Notsituationen und besonders eiligen Fällen können Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitzende des Selbstverwaltungsorgans stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest (§ 64a Absatz 2 Satz 1 und 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(3) Außergewöhnliche Notsituationen sind zum Beispiel Katastrophen, epidemische Lagen oder andere gravierende Gefahr- und Bedrohungslagen und flächendeckende Einschränkungen der allgemeinen Mobilität. Ein besonders eiliger Fall liegt vor, wenn die Eilbedürftigkeit der Beschlussfassung die rechtzeitige Organisation einer präsenten oder hybriden Sitzung ohne Schaden oder Gefahr unmöglich macht.

(4) Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans widerspricht (§ 64a Absatz 2 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Der Widerspruch muss innerhalb des auf den Tag des Erhalts der Einladung folgenden Werktages (montags bis freitags) telefonisch oder per E-Mail eingehen.

(5) Bei einer hybriden oder digitalen Sitzung gelten per Bild- und Tonübertragung teilnehmende Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans als anwesend im Sinne des § 7 Absatz 1 Satz 1 (entsprechend § 64a Absatz 3 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(6) In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich (§ 64a Absatz 3 Satz 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Eine Abstimmung kann mündlich, digital oder per Handzeichen erfolgen. Der/die Sitzungsleiter/in legt die Art und Weise der Abstimmung jeweils bei Beginn der Sitzung fest.

(7) Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

(8) Der Versicherungsträger hat in seinem Verantwortungsbereich dafür Sorge zu tragen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technisch bedingten Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich des Versicherungsträgers liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich; sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied des Selbstverwaltungsorgans gefassten Beschlusses. § 64 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

§ 8
Ausschüsse

(1) Die Selbstverwaltungsorgane können Ausschüsse bilden

a) zur Vorbereitung ihrer Beschlüsse (Beratungsausschüsse),

b) zur Erledigung einzelner Aufgaben mit Ausnahme der Rechtsetzung (Erledigungsausschüsse).

(2) Die Ausschüsse setzen sich im gleichen Verhältnis wie die Selbstverwaltungsorgane aus Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten und aus Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber zusammen. Die Wahl der oder des Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden eines Ausschusses erfolgt durch das jeweilige Selbstverwaltungsorgan. § 6 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 der Satzung gelten entsprechend.

(3) Zu Mitgliedern dieser Ausschüsse können bis zur Hälfte der Zahl der Mitglieder einer jeden Gruppe auch Stellvertreterinnen und Stellvertreter von Mitgliedern des Selbstverwaltungsorgans bestellt werden (§ 66 Absatz 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(4) Das Nähere über die Ausschüsse regeln die Geschäftsordnungen der Selbstverwaltungsorgane.

Zweiter Titel

Vertreterversammlung

§ 9
Zusammensetzung der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See besteht aus 30 Mitgliedern (§ 43 Absatz 1 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Sie setzt sich je zur Hälfte aus Vertreterinnen oder Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen (§ 44 Absatz 1 Nummer 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 10
Aufgaben der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat folgende Aufgaben:

1. Wahl der oder des Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden,

2. Wahl der Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter (§§ 52 Absatz 1 und 43 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

3. Wahl der Mitglieder und Stellvertreterinnen und Stellvertreter in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Vorschlag des Vorstandes (§ 44 Absatz 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

4. auf Empfehlung des Vorstandes Abgabe von Vorschlägen für die Wahl der Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in den Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 44 Absatz 6 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

5. Aufstellung ihrer Geschäftsordnung (§ 63 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

6. Vertretung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gegenüber dem Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und seinen Mitgliedern (§ 33 Absatz 2 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

7. Erlass und Änderung der Satzung, der Satzung der Seemannskasse und sonstigen autonomen Rechts (§ 33 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

8. Feststellung des Haushaltsplans (§ 70 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) einschließlich des Bewirtschaftungsplans für die Seemannskasse (§ 137 c Absatz 2 Satz 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch) und des Nachweises der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung in der Anlage zum Haushaltsplan (Artikel 83 § 16 Absatz 3 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung),

9. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung einschließlich der Rechnungsergebnisse der Seemannskasse und der Renten-Zusatzversicherung sowie Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung wegen der Jahresrechnung (§ 77 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

10. Bestellung und Abberufung des Verantwortlichen Aktuars für die Renten-Zusatzversicherung auf Vorschlag des Vorstandes,

11. Verfolgung von Ansprüchen gegen den Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See oder gegen einzelne Vorstandsmitglieder,

12. Festsetzung der Entschädigung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane, der Besonderen Ausschüsse, des Einspruchsausschusses für die Renten-Zusatzversicherung sowie für die Versichertenberaterinnen und -berater, die Versichertensprecherinnen und die Versichertensprecher, die Mitglieder der Regionalausschüsse und die Mitglieder des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse auf Vorschlag des Vorstandes (§ 41 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

13. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken oder grundstücksgleichen Rechten, sofern ihr Wert die Höhe des 2,8-fachen des Höchstbetrages nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch überschreitet,

14. Beschlussfassung über die Errichtung oder Auflösung von Eigenbetrieben; Beschlussfassung über die Veränderung von Eigenbetrieben, sofern die finanziellen Aufwendungen hierfür einen Betrag in Höhe des 2,8-fachen des Höchstbetrages nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch überschreiten,

15. Wahl der Mitglieder der Geschäftsführung und Wahl der/des Vorsitzenden aus ihrer Mitte auf Vorschlag des Vorstandes (§ 36 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

16. Wahl von je einem Mitglied der Geschäftsführung als Mitglied und als stellvertretendes Mitglied in das Erweiterte Direktorium der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Vorschlag des Vorstandes (§ 139 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch),

17. Errichtung der Widerspruchsstelle, des Widerspruchsausschusses für die Seemannskasse, des Widerspruchsausschusses für Selbstverwaltungsangelegenheiten und weiterer Besonderer Ausschüsse,

18. Aufstellung der Geschäftsordnung für die Widerspruchsstelle,

19. Wahl der Versichertenberaterinnen und -berater (§ 39 in Verbindung mit § 61 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

20. Zustimmung zu der Geschäftsordnung für die Versichertenberaterinnen und Versichertenberater.

21. Entscheidung über den Verlust der Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung gemäß § 59 Absatz 4 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch,

22. Beschlussfassungen in den in Anlage 7 der Satzung bestimmten Angelegenheiten der Renten-Zusatzversicherung.

§ 11
Öffentlichkeit

Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch) befassen (§ 63 Absatz 3 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Für weitere Beratungspunkte kann in nicht öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben (§ 63 Absatz 3 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 12
Vertretungsbefugnis der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vertritt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht üben die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung gemeinsam aus. Rechtsverbindliche Erklärungen der Vertreterversammlung werden gezeichnet:

„Die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“

Dritter Titel

Vorstand

§ 13
Zusammensetzung des Vorstandes

Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See besteht aus 18 Mitgliedern. Er setzt sich je zur Hälfte aus Vertreterinnen oder Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen (§ 44 Absatz 1 Nummer 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 14
Aufgaben des Vorstandes

Der Vorstand verwaltet die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 35 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Er ist für alle Angelegenheiten zuständig, die nicht durch Gesetz oder sonstiges für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See maßgebendes Recht der Vertreterversammlung oder der Geschäftsführung vorbehalten sind. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Wahl der oder des Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden,

2. Vorschlag an die Vertreterversammlung für die Wahl der Mitglieder und der Stellvertreterinnen und der Stellvertreter in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 44 Absatz 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

2a. Vorschlag an die Vertreterversammlung für die Nachwahl von ausgeschiedenen Mitgliedern und Stellvertreterinnen oder Stellvertretern in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 60 Absatz 1 a, Absatz 3 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

3. Empfehlung an die Vertreterversammlung für die Benennung der Vertreterinnen und der Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 44 Absatz 6 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

3a. Vorschlag an die Vertreterversammlung für die Nachwahl von Vertreterinnen und Vertretern der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 60 Absatz 1 a, Absatz 3 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

4. Aufstellung seiner Geschäftsordnung (§ 63 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

5. Vertretung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, soweit hierfür nicht die Vertreterversammlung (§ 12 der Satzung) oder die Geschäftsführung (§ 18 der Satzung) zuständig ist,

6. Bildung von beratenden Regionalausschüssen sowie Aufstellung einer Richtlinie über den Sitz, die Aufgaben, die örtliche Zuständigkeit dieser Ausschüsse und Wahlen von Verbindungspersonen des Vorstandes,

7. Errichtung des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse, auf Vorschlag der Tarifvertragsparteien der Seeschifffahrt, Berufung der Beiratsmitglieder und ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter sowie deren Abberufung aus wichtigem Grund (§ 137 e Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch),

7a) Errichtung eines Beirates für die Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes (§ 283a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),

7b) Ernennung einer Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst (§ 278 Absatz 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),

8. Festlegung der regionalen Zuständigkeit der Versichertensprecherinnen und Versichertensprecher,

9. Bestellung der Versichertensprecherinnen und Versichertensprecher für den Aufgabenbereich der Renten-Zusatzversicherung,

10. Amtsentbindung und -enthebung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter mit Ausnahme der Fälle des § 59 Absatz 4 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, der Mitglieder der Geschäftsführung, der Versichertenberaterinnen und -berater, der Mitglieder der Regionalausschüsse und der Stellvertreterinnen und Stellvertreter und der Versichertensprecherinnen und der Versichertensprecher von ihren Ämtern (§§ 59, 36 Absatz 2 und 61 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

11. Vorschlag für die Festsetzung der Entschädigungen für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane, der Besonderen Ausschüsse, des Einspruchsausschusses für die Renten-Zusatzversicherung sowie für die Versichertenberaterinnen und -berater, die Versichertensprecherinnen und die Versichertensprecher, die Mitglieder der Regionalausschüsse und die Mitglieder des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse (§ 41 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

12. Vorschlag für die Bestellung und Abberufung des Verantwortlichen Aktuars für die Renten-Zusatzversicherung,

13. Aufstellung der Geschäftsordnung für die Versichertenberaterinnen und -berater, die der Zustimmung der Vertreterversammlung bedarf,

14. Verfolgung von Ansprüchen gegen Bedienstete der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

15. Beförderung und Entlassung von DO-Angestellten sowie deren Weiterbeschäftigung über das 65. Lebensjahr hinaus und Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Beschäftigten in Entgeltgruppen, die mindestens dem Eingangsamt der Laufbahn des höheren Dienstes vergleichbar sind mit Ausnahme der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie in den Reha-Kliniken Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Chefärztinnen und Chefärzten, Leitenden Oberärztinnen und Leitenden Oberärzten, Ärztinnen und Ärzte, denen aufgrund ausdrücklicher Anordnung die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Funktionsbereich übertragen worden ist sowie Verwaltungsleiterinnen und Verwaltungsleiter,

16. Auswahl von Knappschaftsärztinnen und Knappschaftsärzten, Knappschaftsfachärztinnen und Knappschaftsfachärzten und Knappschaftszahnärztinnen und Knappschaftszahnärzten bei nicht übereinstimmender Auffassung zwischen Geschäftsführung und Regionalausschuss,

17. Ernennung und Entlassung der Beamtinnen und der Beamten, soweit das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dieses Recht auf den Vorstand delegiert hat,

18. Aufstellung des Haushaltsplans (§ 70 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) und des Nachtragshaushaltsplans (§ 74 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) einschließlich des Bewirtschaftungsplans für die Seemannskasse (§ 137 c Absatz 2 Satz 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch) und des Nachweises über die Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung in der Anlage zum Haushaltsplan (Artikel 83 § 16 Absatz 3 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung),

19. Beschlussfassung über die vorläufige Haushaltsführung gemäß § 72 Viertes Buch Sozialgesetzbuch,

20. Einwilligung in überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben sowie Maßnahmen, durch die Verpflichtungen entstehen können, für die Ausgaben im Haushaltsplan nicht veranschlagt sind (§ 73 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

21. Aufstellung der Jahresrechnung (§ 77 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) einschließlich der Rechnungsergebnisse der Seemannskasse und der Renten-Zusatzversicherung,

22. Aufnahme und Gewährung von Darlehen, mit Ausnahme der Vergabe von Familienheimdarlehen,

23. Aufstellung einer Kassenordnung,

24. Anlage des Vermögens; Erlass von Richtlinien über die Vornahme von Geldanlagen,

25. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken oder grundstücksgleichen Rechten, sofern ihr Wert einen Betrag in Höhe des 2,8-fachen des Höchstbetrages nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch nicht überschreitet,

26. Vorschlag an die Vertreterversammlung zum Erwerb, zur Veräußerung oder Belastung von Grundstücken oder grundstücksgleichen Rechten, sofern ihr Wert einen Betrag in Höhe des 2,8-fachen des Höchstbetrages nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch überschreitet,

27. Abschluss, Änderung und Kündigung von Miet- und Pachtverhältnissen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, wenn die anzumietende beziehungsweise anzupachtende Fläche 7.500 Quadratmeter überschreitet und eine Mietdauer beziehungsweise Pachtdauer von mehr als 10 Jahren fest vereinbart werden soll,

28. Vorschlag an die Vertreterversammlung zur Errichtung oder Auflösung von Eigenbetrieben,

29. Beschlussfassung über die Veränderung von Eigenbetrieben, sofern das hierfür zu veranschlagende Finanzvolumen einen Betrag in Höhe des 2,8-fachen des Höchstbetrages nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch nicht überschreitet,

30. Vorschlag an die Vertreterversammlung zur Veränderung von Eigenbetrieben, sofern das hierfür zu veranschlagende Finanzvolumen einen Betrag in Höhe des 2,8-fachen des Höchstbetrages nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch überschreitet,

31. - nicht besetzt -

32. Vergabe von Bauaufträgen sowie von Aufträgen zur Beschaffung aller zweckdienlichen Lieferungen und Leistungen, soweit im Einzelfall ein Viertel des nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch maßgebenden Höchstbetrages überschritten wird,

33. Vorschlag für die Wahl der Mitglieder der Geschäftsführung und für die Wahl der oder des aus ihrer Mitte zu wählenden Vorsitzenden an die Vertreterversammlung (§ 36 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 18 der Satzung),

34. Vorschlag für die Wahl von je einem Mitglied der Geschäftsführung als Mitglied und als stellvertretendes Mitglied in das Erweiterte Direktorium der Deutschen Rentenversicherung Bund an die Vertreterversammlung (§ 139 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

35. Zustimmung zur Geschäftsordnung der Geschäftsführung,

35a. Zustimmung zur Geschäftsordnung des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse,

36. Erlass von Richtlinien für die Führung derjenigen Verwaltungsgeschäfte, die der Geschäftsführung obliegen (§ 35 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),

37. auf ausdrückliches Verlangen des Verantwortlichen Aktuars für die Renten-Zusatzversicherung unverzügliche Beschlussfassung über dessen Vorlagen,

38. Beschlussfassungen in den in Anlage 7 der Satzung bestimmten Angelegenheiten der Renten-Zusatzversicherung.

§ 15
Nichtöffentlichkeit

Die Sitzungen des Vorstandes sind nicht öffentlich (§ 63 Absatz 3 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 16
Beanstandung von Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Vorstandes

(1) Verstößt der Beschluss eines Selbstverwaltungsorgans gegen Gesetz oder sonstiges für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See maßgebendes Recht, hat die oder der Vorsitzende des Vorstandes den Beschluss schriftlich und mit Begründung zu beanstanden und dabei eine angemessene Frist zur erneuten Beschlussfassung zu setzen. Die Beanstandung hat aufschiebende Wirkung (§ 38 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Verbleibt das Selbstverwaltungsorgan bei seinem Beschluss, hat die oder der Vorsitzende des Vorstandes das Bundesamt für Soziale Sicherung zu unterrichten. Bis zu seiner Entscheidung, längstens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Unterrichtung, bleibt die aufschiebende Wirkung bestehen (§ 38 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 17
Vertretungsbefugnis des Vorstandes

(1) Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vertritt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gerichtlich und außergerichtlich, soweit hierfür nicht die Vertreterversammlung (§ 12 der Satzung) oder die Geschäftsführung (§ 18 Absatz 3 der Satzung) zuständig ist. Er hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters (§ 35 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Rechtsverbindliche Erklärungen des Vorstandes werden durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden, im Verhinderungsfall der oder des Vorsitzenden, durch die stellvertretende Vorsitzende oder den stellvertretenden Vorsitzenden, abgegeben. Der Vorstand kann jeweils bestimmen, dass die Erklärungen durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und die stellvertretende Vorsitzende oder den stellvertretenden Vorsitzenden gemeinsam abgegeben werden. Sie werden gezeichnet:

a) in Angelegenheiten der KNAPPSCHAFT:
„Ihre KNAPPSCHAFT
Der Vorstand“

b) in allen weiteren Angelegenheiten:
„Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“

(3) Soweit der Vorstand Beamtinnen und Beamte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ernennt oder entlässt, ist die Urkunde/der Bescheid von der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden zu unterzeichnen. Bei Verhinderung der oder des Vorsitzenden oder der oder des stellvertretenden Vorsitzenden unterzeichnet für sie oder ihn das jeweils an Lebensjahren älteste erreichbare Mitglied aus der Gruppe des Vorstands, der die oder der Verhinderte angehört.

(4) Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See kann im Rahmen der Vertretungsbefugnis des Vorstandes insbesondere durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden oder bei deren oder dessen Verhinderung durch die stellvertretende Vorsitzende oder den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten werden. Die Vertretung durch ein sonstiges vom Vorstand bestimmtes Mitglied des Vorstandes ist möglich.

(5) Der Vorstand kann Mitglieder der Geschäftsführung über die laufenden Verwaltungsgeschäfte hinaus mit der Erledigung einzelner Verwaltungsaufgaben und insoweit auch mit der gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beauftragen, soweit es sich nicht um Aufgaben handelt, die zum Kernbereich der Vorstandsangelegenheiten gehören.

Dritter Abschnitt

Verwaltung

§ 18
Geschäftsführung

(1) Die Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See besteht aus drei Mitgliedern (§ 36 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Sie gehört dem Vorstand mit beratender Stimme an (§§ 31 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit 36 Absatz 4 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Die Mitglieder der Geschäftsführung haften der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den dienstrechtlichen Vorschriften.

(3) Die Mitglieder der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führen hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte, soweit Gesetz oder sonstiges für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt. Insoweit vertreten sie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gerichtlich und außergerichtlich (§ 36 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Auch einzelne Mitglieder der Geschäftsführung können die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gerichtlich und außergerichtlich vertreten (§ 36 Absatz 4 Satz 6 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Das Nähere regelt die Geschäftsordnung der Geschäftsführung.

(4) Den Mitgliedern der Geschäftsführung obliegen insbesondere

1. die Leitung und Beaufsichtigung des gesamten Dienstes,

2. die Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sowie von Beschäftigten in Entgeltgruppen, die den Laufbahnen des einfachen, mittleren oder gehobenen Dienstes entsprechen, in den Reha-Kliniken zusätzlich die Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Beschäftigten in Entgeltgruppen, die der Laufbahn des höheren Dienstes entsprechen, sofern diese nicht dem Vorstand vorbehalten sind. Im Bereich der Gesellschaften in privatrechtlicher Form, an denen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beteiligt ist und denen Beschäftigte zur Arbeitsleistung überlassen werden, ist die Geschäftsführung für alle Beschäftigten zuständig,

3. die Feststellung und Zahlung von gesetzlichen, satzungsmäßigen Leistungen und Zuwendungen,

4. die Bewilligung und Erbringung von medizinischen, berufsfördernden, ergänzenden und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation,

5. die Veränderung von Ansprüchen durch Stundung, Niederschlagung, Erlass oder Vergleich nach den vom Vorstand aufgestellten Richtlinien; davon ausgenommen sind Entscheidungen in Einzelfällen von grundsätzlicher oder erheblicher finanzieller Bedeutung sowie Entscheidungen über den Erlass von Ansprüchen, die den Betrag von 100.000,00 Euro übersteigen,

6. der Entwurf des Haushaltsplans, des Nachtragshaushaltsplans sowie der Jahresrechnung jeweils unter entsprechender Berücksichtigung des Sondervermögens der Renten-Zusatzversicherung und des Sondervermögens der Seemannskasse,

7. der jährliche Abschluss der Rechnungs- und Kassenbücher,

8. die Vergabe von Bauaufträgen sowie von Aufträgen zur Beschaffung aller zweckdienlichen Lieferungen und Leistungen, soweit im Einzelfall ein Viertel des nach § 85 Absatz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch maßgebenden Höchstbetrages nicht überschritten wird,

9. der Abschluss, die Änderung und die Kündigung von Miet- und Pachtverhältnissen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, wenn die anzumietende beziehungsweise anzupachtende Fläche 7.500 Quadratmeter nicht überschreitet oder eine Mietdauer beziehungsweise Pachtdauer von 10 Jahren oder weniger fest vereinbart werden soll,

10. die Aufstellung der Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Vorstandes bedarf,

11. die Entscheidung über die Zulassung von Knappschaftsärztinnen und Knappschaftsärzten, Knappschaftsfachärztinnen und Knappschaftsfachärzten und Knappschaftszahnärztinnen und Knappschaftszahnärzten bei übereinstimmender Auffassung zwischen Geschäftsführung und Regionalausschuss,

12. die Vergabe von Familienheimdarlehen.

(5) Die/Der Vorsitzende der Geschäftsführung zeichnet

a) in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung:

_____
„Name
Geschäftsführer/in KNAPPSCHAFT“

b) in den weiteren Angelegenheiten:

_____
„Name
Vorsitzende(r) der Geschäftsführung“

(6) Die anderen Mitglieder der Geschäftsführung zeichnen

a) in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung:

_____
„Name
Geschäftsführer/in KNAPPSCHAFT“

b) in den weiteren Angelegenheiten:
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

_____
„Name
Mitglied der Geschäftsführung“

(7) Soweit die vom Vorstand aufgestellte Richtlinie für die Regionalausschüsse dies vorsieht, wird die Geschäftsführung von dem örtlich zuständigen Regionalausschuss beraten.

§ 19
Geschäftsverteilungsplan

Die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden im Rahmen des vom Vorstand auf Vorschlag der Geschäftsführung erlassenen Geschäftsverteilungsplans von der Hauptverwaltung in Bochum und den nachgeordneten Regionaldirektionen Chemnitz, Cottbus-Berlin, Frankfurt am Main, München, Nord und Saarbrücken durchgeführt. Die jeweilige regionale Zuständigkeit ergibt sich aus Anlage 1, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 20
Rehabilitationskliniken

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist Trägerin von Rehabilitationskliniken der knappschaftlichen und allgemeinen Rentenversicherung. Die Satzung findet Anwendung, soweit sie oder die für die Rehabilitationskliniken erlassenen Satzungen keine ausdrücklich abweichenden Regelungen enthalten.

Vierter Abschnitt

Besondere Ausschüsse

Erster Titel

Widerspruchsstelle

§ 21
Allgemeines

Zur Durchführung des Vorverfahrens nach §§ 83 ff. Sozialgerichtsgesetz errichtet die Vertreterversammlung eine Widerspruchsstelle mit Sitz in Bochum. Sie ist in Widerspruchsausschüsse unterteilt. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Widerspruchsausschüsse regelt die von der Vertreterversammlung aufzustellende Geschäftsordnung für die Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Aus wichtigem Grund kann der Widerspruchsausschuss ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. In dem Fall ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Absatz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

Als wichtiger Grund gilt zum Beispiel das Vorliegen einer Pandemie.

§ 7a gilt für die Widerspruchsausschüsse entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Mitglied den Ausnahmefall nach Absatz 2 Satz 2 feststellt und eine digitale Sitzung nach Absatz 2 Satz 1 nicht stattfindet, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht. Das Nähere zu digitalen und hybriden Sitzungen nach §§ 64a, 36a Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch regelt die Geschäftsordnung für die Widerspruchsstelle.

§ 22
Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse

(1) Die Widerspruchsausschüsse setzen sich aus je zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Versicherten und aus einer Vertreterin oder einem Vertreter oder aus zwei Vertreterinnen oder zwei Vertretern der Arbeitgeber zusammen, die ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben. Die Zusammensetzung der einzelnen Widerspruchsausschüsse ist in einer Anlage festzulegen, die Bestandteil dieser Satzung ist (Anlage 8; für den Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche gilt § 23 Absatz 5). Gehört dem Widerspruchsausschuss nur eine Vertreterin oder ein Vertreter der Arbeitgeber an, hat sie oder er die gleiche Anzahl an Stimmen wie die anwesenden Vertreterinnen oder Vertreter der Versicherten. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung für die Widerspruchsstelle.

(2) Der Widerspruchsausschuss für Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) setzt sich aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Arbeitgeber zusammen.

(3) In Angelegenheiten der Künstlersozialversicherung (§ 28 p Absatz 1a, § 36 a Absatz 2 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) entscheidet der Widerspruchsausschuss Nordrhein I unter zusätzlicher Beteiligung von jeweils einem Mitglied aus dem Kreis der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten und der zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten, die - abweichend von § 23 - von der Künstlersozialkasse vorgeschlagen werden. Im Übrigen bleibt Absatz 1 unberührt.

(4) Für jedes Mitglied eines Widerspruchsausschusses werden bis zu zwei Stellvertreterinnen oder Stellvertreter gewählt, die in der Reihenfolge ihrer Wahl das Mitglied im Verhinderungsfall vertreten. Sind beide Stellvertreterinnen oder Stellvertreter eines Mitglieds ebenfalls verhindert, erfolgt die Vertretung durch eine beziehungsweise einen der gewählten Vertreterinnen oder Vertreter des anderen Mitglieds dieser Gruppe in der Reihenfolge ihrer Wahl. Dies gilt für die Gruppe der Arbeitgeber in solchen Fällen nicht, in denen dem Widerspruchsausschuss laut Absatz 1 Satz 2 nur eine Vertreterin oder ein Vertreter der Arbeitgeber angehört. Stellvertreterinnen oder Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie Mitglieder vertreten, deren Rechte und Pflichten.

(5) Abweichend von Absatz 4 Satz 1 bis 3 werden in Angelegenheiten der Künstlersozialversicherung die nach Absatz 3 von der Künstlersozialkasse vorgeschlagenen Mitglieder im Verhinderungsfalle von ebenfalls von der Künstlersozialkasse vorgeschlagenen Stellvertreterinnen oder Stellvertretern vertreten. Absatz 4 Satz 4 bleibt unberührt.

§ 23
Wahl der Mitglieder und Stellvertreterinnen und Stellvertreter

(1) Die Mitglieder eines jeden Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter werden von der Vertreterversammlung gewählt, soweit Absatz 5 nicht Abweichendes bestimmt. Es wählen die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und die Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung je für sich getrennt die Vertreter ihrer Gruppe.

(2) In die Widerspruchsausschüsse dürfen nur Personen gewählt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36 a Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(3) Für die Vorschlagsberechtigung zur Wahl der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gilt § 61 Absatz 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Vorschlagslisten sollen den regionalen Schwerpunkten der in § 1 Absatz 1 Satz 2 der Satzung genannten Träger Rechnung tragen.

(4) Scheidet ein Mitglied eines Widerspruchsausschusses oder eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter vorzeitig aus, so ist die Ergänzung gemäß Absatz 1 vorzunehmen. Als Stichtag für die Voraussetzungen der Wählbarkeit gilt der Zeitpunkt der Aufforderung zur Benennung einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers.

(5) Der Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche wird mit zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Versicherten und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Arbeitgeber besetzt, die dem Vorstand als Mitglied/Stellvertreterin oder Stellvertreter angehören müssen. Das Nähere regelt § 4 Absatz 2 der Geschäftsordnung für die Widerspruchsstelle.

§ 24
Amtsdauer, Verlust der Mitgliedschaft

(1) Die Amtsdauer der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse entspricht der Amtsdauer der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane. Die Gewählten bleiben nach Ablauf ihrer Amtsdauer im Amt bis ihre Nachfolger eintreten. Wiederwahl ist zulässig.

(2) Die Neuwahl ist innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl der Selbstverwaltungsorgane durchzuführen.

(3) Das Mitglied eines Widerspruchsausschusses wird durch die Vertreterversammlung von diesem Ehrenamt entbunden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(4) Absätze 1 bis 3 gelten für Stellvertreterinnen und Stellvertreter entsprechend.

Zweiter Titel

Widerspruchsausschuss der Seemannskasse

§ 25
Widerspruchsausschuss der Seemannskasse

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden in den Angelegenheiten der Seemannskasse nach §§ 137 a bis e Sechstes Buch Sozialgesetzbuch wird bei der Regionaldirektion Nord ein Widerspruchsausschuss eingerichtet.

(2) Dem Widerspruchsausschuss für die Seemannskasse gehören je zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Unternehmen nach § 137 c Absatz 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch sowie der bei der Seemannskasse versicherten Seeleute an. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat zwei Stellvertreterinnen oder Stellvertreter, die in der Reihenfolge ihrer Wahl das Mitglied im Verhinderungsfall vertreten. Sind beide Stellvertreter eines Mitglieds ebenfalls verhindert, erfolgt die Vertretung durch einen der gewählten Vertreter des anderen Mitglieds dieser Gruppe in der Reihenfolge ihrer Wahl. Stellvertreterinnen oder Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie Mitglieder vertreten, deren Rechte und Pflichten.

(3) Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses für die Seemannskasse und ihre Stellvertreterinnen oder Stellvertreter werden auf Vorschlag der Tarifvertragsparteien der Seeschifffahrt von der Vertreterversammlung gewählt. Scheidet ein Mitglied des Widerspruchsausschusses oder eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter vorzeitig aus, so ist die Ergänzung gemäß Satz 1 vorzunehmen. § 24 gilt entsprechend.

(4) Die Geschäftsordnung für die Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See findet auf den Widerspruchsausschuss für die Seemannskasse sinngemäß Anwendung.

Dritter Titel

Widerspruchsausschuss für Selbstverwaltungsangelegenheiten

§ 26
Widerspruchsausschuss für Selbstverwaltungsangelegenheiten

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden bei Amtsentbindungen und Amtsenthebungen gemäß § 59 Absatz 2 und Absatz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch wird ein Widerspruchsausschuss gebildet.

(2) Dem Widerspruchsausschuss gehören die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung und des Vorstandes an. Die oder der Vorsitzende der Geschäftsführung, im Verhinderungsfall die Stellvertreterin oder der Stellvertreter, nimmt an den Sitzungen mit beratender Stimme teil.

(3) Im Verhinderungsfall wird ein ehrenamtliches Mitglied des Widerspruchsausschusses durch das erreichbare lebensälteste Mitglied der jeweiligen Gruppe vertreten.

Vierter Titel

Einspruchsstelle

§ 27
Einspruchsstelle

(1) Die Einspruchsstelle nimmt die Befugnisse der Verwaltungsbehörde im Sinne des § 69 Gesetz über die Ordnungswidrigkeiten wahr (§ 112 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben kann ein Widerspruchsausschuss nach §§ 21 ff. der Satzung beauftragt werden.

(3) Bei Bedarf kann die Vertreterversammlung weitere Einspruchsstellen einrichten.

Fünfter Abschnitt

Einspruchsausschuss für die Renten-Zusatzversicherung

§ 28
Einspruchsausschuss für die Renten-Zusatzversicherung

(1) Für die Aufgaben der Renten-Zusatzversicherung wird ein Einspruchsausschuss mit Sitz in Münster eingerichtet.

(2) Der Einspruchsausschuss setzt sich aus vier Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane zusammen. Je Mitglied können bis zu zwei Stellvertreterinnen oder Stellvertreter bestellt werden. Mitglieder des Einspruchsausschusses sind zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Versicherten und zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Arbeitgeber, die auf Vorschlag der Listenträger für den Wirtschaftsbereich Bahn vom Vorstand bestellt werden. § 24 gilt entsprechend.

(3) Der Einspruchsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

Sechster Abschnitt

Versichertenberaterinnen und Versichertenberater der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 29
Funktionsbezeichnung, Aufgaben und Pflichten sowie Datenschutz

(1) [1]Die Versichertenältesten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See haben ab dem 1. Dezember 2017 die Funktionsbezeichnung „Versichertenberaterin/Versichertenberater“. [2]Die Versichertenberaterinnen und -berater haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung mit ihren Versicherten / Mitgliedern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Das Nähere bestimmt die von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes aufgestellte Geschäftsordnung für die Versichertenberaterinnen und Versichertenberater.

(2) Die Versichertenberaterinnen und -berater sind entsprechend der unterschriebenen Verpflichtungserklärung dem Sozialgeheimnis nach § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet. Sie haben die Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse und sonstige Informationen, die ihnen in ihrer Funktion bekannt geworden sind, vertraulich zu behandeln. Personenbezogene Daten beziehungsweise Sozialdaten dürfen nur zum Zweck der Aufgabenerfüllung und unter Beachtung der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung - insbesondere der Artikel 5, 6 und 32 Datenschutz-Grundverordnung - beziehungsweise der Vorschriften des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und der übrigen Bücher des Sozialgesetzbuches verarbeitet (erhoben, gespeichert, verändert, gelöscht, genutzt, weitergegeben) werden. Diese Pflicht besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort.

Der Verstoß gegen die Geheimhaltungspflicht kann neben datenschutzrechtlichen Konsequenzen auch den Verlust des Amtes entsprechend § 59 Viertes Buch Sozialgesetzbuch zur Folge haben.

§ 30
Wählbarkeit

(1) Wählbar als Versichertenberaterin oder -berater sind Personen, die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Mitglied oder versichert sind (§ 47 Viertes Buch Sozialgesetzbuch), deren Rentenversicherungskonto bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See geführt wird oder die eine Rentenleistung aus eigener Versicherung von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beziehen und die das Alter erreicht haben, mit dem nach § 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Volljährigkeit eintritt sowie ihre Wohnung oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in dem Versichertenältestenbezirk haben (§§ 51 Absatz 3, Absatz 1 Satz 3, 61 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Versichertenberaterinnen und -berater können nicht Personen sein, die nach § 51 Absatz 6 Viertes Buch Sozialgesetzbuch nicht wählbar oder die zur geschäftsmäßigen Besorgung fremder Rechtsangelegenheiten zugelassen sind (§ 51 Absatz 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 31
Amtsdauer; Versichertenältestenbezirke

(1) Die Amtsdauer der Versichertenberaterinnen und -berater beträgt sechs Jahre; sie dauert jedoch längstens bis zur Neuwahl der Versichertenberaterinnen und -berater nach der Sozialversicherungswahl. Wiederwahl ist zulässig (§ 61 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 58 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Die Versichertenältestenbezirke der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See entsprechen den Geschäftsstellenbereichen.

(3) Für je 7.000 Beratungs- beziehungsweise Betreuungsansprüche gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird in den Versichertenältestenbezirken je eine Versichertenberaterin oder ein Versichertenberater gewählt. Berücksichtigt werden die Mitglieder (Versicherten) der Kranken-/Pflegeversicherung und die Versicherten der Rentenversicherung sowie Familienversicherte (§ 47 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Auf einen rechnerisch verbleibenden Rest von mindestens 3.500 Beratungs- beziehungsweise Betreuungsansprüchen wird eine Versichertenberaterin oder ein Versichertenberater gewählt.

(4) Die Versichertenberaterinnen und -berater eines Versichertenältestenbezirks vertreten sich gegenseitig. Sind für einen Versichertenältestenbezirk mehr als 2 Versichertenberaterinnen oder -berater gewählt, regelt die Geschäftsführung die Vertretung.

(5) Für die Ermittlung der Beratungs- beziehungsweise Betreuungsansprüche wird die Mitglieder-/Versichertenzahl (Absatz 3 Satz 2) am 1. Januar des Jahres der Sozialversicherungswahl zugrunde gelegt.

(6) Die Vertreterversammlung kann bei der Wahl von Versichertenberaterinnen und -beratern regionale Besonderheiten berücksichtigen. Die Anzahl der Versichertenberaterinnen und -berater in einem Versichertenältestenbezirk nach Absatz 3 kann abweichen, sofern hierbei die bundesweit ermittelte Gesamtzahl der Versichertenberaterinnen und Versichertenberater nicht überschritten wird.

§ 32
Wahlverfahren

(1) Die Wahl der Versichertenberaterinnen und -berater soll spätestens in der zweiten Sitzung der Vertreterversammlung nach der Sozialversicherungswahl stattfinden.

(2) Die oder der Vorsitzende der Vertreterversammlung teilt den Zeitpunkt der Wahl der Versichertenberaterinnen und -berater spätestens drei Monate nach dem Wahltag für die Sozialversicherungswahl den nach Absatz 4 vorschlagsberechtigten Organisationen und Wählergruppen mit.

(3) Die Versichertenberaterinnen und -berater werden aufgrund von Vorschlagslisten durch die Versichertenvertreterinnen und -vertreter der Vertreterversammlung für bestimmte Versichertenältestenbezirke gewählt. Für die Wahl gelten §§ 45 Absatz 2 Satz 1 Erster Halbsatz, 46 Absatz 2 und 3 Satz 1 und 2, 48 Absatz 7 und 52 Absätze 1a und 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) Den Vorschlagslisten nach Absatz 3 sind Vorschläge der Organisationen und Wählergruppen zugrunde zu legen, die zur Einreichung von Vorschlagslisten für die Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung berechtigt sind (§ 61 Absatz 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Bei allen in der Vorschlagsliste aufgeführten Bewerberinnen und Bewerbern ist anzugeben, für welchen Versichertenältestenbezirk der Vorschlag erfolgt.

(5) Werden für die Wahl der Versichertenberaterinnen und -berater in einem Versichertenältestenbezirk mehr Vorschläge eingereicht als Versichertenberaterinnen und -berater zu wählen sind, findet für diesen Versichertenältestenbezirk eine Wahl statt. Andernfalls gelten die Vorgeschlagenen als gewählt.

(6) Sind für einen Versichertenältestenbezirk mehrere Versichertenberaterinnen und -berater zu wählen, findet § 45 Absatz 2 Satz 1 Zweiter Halbsatz sowie Satz 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch entsprechend Anwendung.

§ 33
Nachfolge bei vorzeitigem Ausscheiden

(1) Scheidet eine Versichertenberaterin oder ein Versichertenberater vorzeitig aus, so fordert die oder der Vorsitzende des Vorstandes den vorschlagsberechtigten Listenträger unverzüglich auf, dem Vorstand innerhalb dreier Monate eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger vorzuschlagen. Auf Antrag des Listenträgers kann die oder der Vorsitzende des Vorstandes die Frist einmal um einen Monat verlängern.

(2) Erfüllt eine fristgerecht als Nachfolgerin Vorgeschlagene oder ein fristgerecht als Nachfolger Vorgeschlagener die Voraussetzungen der Wählbarkeit, so stellt der Vorstand fest, dass sie Versichertenberaterin oder er Versichertenberater wird. § 60 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch findet Anwendung. Die oder der Vorsitzende des Vorstandes benachrichtigt hiervon den Listenträger und die von der Veränderung Betroffenen.

(3) Erfüllt eine als Nachfolgerin Vorgeschlagene oder ein als Nachfolger Vorgeschlagener nicht die Voraussetzungen der Wählbarkeit, so fordert die oder der Vorsitzende des Vorstandes den Listenträger auf, dem Vorstand innerhalb dreier Monate eine andere Nachfolgerin oder einen anderen Nachfolger vorzuschlagen.

(4) Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend im Falle der Änderung von Versichertenältestenbezirken innerhalb der Sozialversicherungswahlperiode und, wenn eine gewählte Versichertenberaterin oder ein gewählter Versichertenberater die Wahl nicht annimmt oder vor Antritt des Amtes verstorben ist.

§ 34
Amtsentbindung und Amtsenthebung

(1) Der Vorstand hat eine Versichertenberaterin oder einen Versichertenberater von dem Amt zu entbinden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit nicht vorgelegen haben oder nachträglich weggefallen sind (§§ 59 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit 61 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Die Versichertenberaterin oder der Versichertenberater ist verpflichtet, Veränderungen, die ihre oder seine Wählbarkeit berühren, der oder dem Vorsitzenden des Vorstandes unverzüglich anzuzeigen.

(3) Verstößt eine Versichertenberaterin oder ein Versichertenberater in grober Weise gegen die Amtspflichten, hat der Vorstand sie oder ihn durch Beschluss des Amtes zu entheben (§§ 59 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit 61 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

(4) Vor der Beschlussfassung ist der Versichertenberaterin oder dem Versichertenberater Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Der Vorstand kann die sofortige Vollziehung seines Beschlusses anordnen; die Anordnung hat die Wirkung, dass die Versichertenberaterin oder der Versichertenberater ihr oder sein Amt nicht ausüben kann (§§ 59 Absatz 3 Satz 2 in Verbindung mit 61 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

Siebter Abschnitt

Sozialmedizinischer Dienst

§ 35
Allgemeines

(1) Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See stellt durch Untersuchungen und Begutachtungen fest, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung vorliegen. Er ist organisatorisch dem Bereich der Rentenversicherung zugeordnet.

(2) Für die knappschaftliche Kranken- und Pflegeversicherung nimmt der Sozialmedizinische Dienst die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr (§ 283a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(3) Ferner obliegen dem Sozialmedizinischen Dienst folgende Aufgaben:

a) auf der Grundlage der gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen die Personaluntersuchungen für die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

b) Untersuchungen zur Feststellung der Dienstfähigkeit/Dienstunfähigkeit auf der Grundlage der beamtenrechtlichen Vorschriften im Auftrag anderer Bundesbehörden,

c) Seediensttauglichkeits- und Seelotsenuntersuchungen an den Standorten in Hamburg und Rostock.

(4) Bei der Wahrnehmung der fachlichen Aufgaben sind die Gutachterinnen und Gutachter nur ihrem Gewissen unterworfen (§ 275 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(5) Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet (§ 283a Absatz 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 36
Beirat

(1) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird für den Sozialmedizinischen Dienst, soweit dieser für die knappschaftliche Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahrnimmt, ein Beirat eingerichtet.

(2) Der Beirat berät den Vorstand in diesen Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen und unterstützt den Vorstand durch Vorschläge und Stellungnahmen. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören (§ 283a Absatz 2 Satz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(3) Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird.

§ 37
Ombudsperson

(1) Für Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung wird beim Sozialmedizinischen Dienst eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Sozialmedizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes vertraulich wenden können.

(2) Die Ombudsperson berichtet dem Vorstand und der Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form jährlich und bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht drei Monate später auf ihrer Internetseite.

Achter Abschnitt

Versichertensprecherinnen/Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung

§ 38
Versichertensprecherinnen/Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung

Für den Aufgabenbereich der Renten-Zusatzversicherung werden Versichertensprecherinnen und Versichertensprecher mit regionaler Zuständigkeit bestimmt. Das Nähere regelt § 137 der Anlage 7 zu dieser Satzung.

Neunter Abschnitt

Regionalausschüsse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 39
Allgemeines

(1) Zur Stärkung des Regionalbezuges werden Regionalausschüsse gewählt. Sie beraten den Vorstand und die Geschäftsführung und sind Bindeglied zwischen dem Vorstand sowie der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See einerseits und den Mitgliedern sowie den Betrieben mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits. Für die Hauptverwaltung und die Regionaldirektionen (Anlage 1 zu § 19 Absatz 1) wird je ein Regionalausschuss gebildet.

(2) Zu ihren Aufgaben zählen insbesondere:

- Pflege der Verbindung auf regionaler Ebene zu den Sozialversicherungsträgern auf Selbstverwaltungsebene, zu den Sozialpartnern sowie zu weiteren Einrichtungen auf kommunaler und Landesebene mit Bezug zu den Aufgabenfeldern des Verbundträgers DRV KBS
- Begleitung regionaler Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention, Krankheitsverhütung und Pflege,
- beratende Mitwirkung bei grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung in der Region,

- Unterstützung optimierter Konzepte der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgung,
- Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit in der Region, auch zur Unterstützung der Unternehmensziele der KBS

Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erhalten die Regionalausschüsse notwendige Auskünfte, geeignetes Informationsmaterial und statistische Daten der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsbereiche der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

(3) Mitglieder, Versicherte und Arbeitgeber können sich in Angelegenheiten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See schriftlich an den für sie zuständigen Regionalausschuss wenden.

(4) Die Mitglieder der Regionalausschüsse üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. § 30 Absatz 2 der Satzung gilt für die Mitglieder der Regionalausschüsse entsprechend. Das Nähere sowie Sitz und örtliche Zuständigkeiten sind in der Richtlinie festzulegen, die vom Vorstand aufgestellt wird.

(5) Zur Abstimmung der regionalen Erfahrungen und zur Vereinheitlichung der bundesweiten Unternehmensziele findet auf Einladung der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes bei Bedarf, mindestens einmal jährlich, eine Konferenz der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Regionalausschüsse (Konferenz der Regionalausschüsse) statt, an der die Mitglieder der Geschäftsführung teilnehmen.

§ 40
Zusammensetzung

(1) Die Regionalausschüsse setzen sich aus je zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Versicherten und aus einer Vertreterin oder einem Vertreter oder aus je zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Arbeitgeber zusammen. Die Zusammensetzung der einzelnen Regionalausschüsse ist in einer Anlage festzulegen, die Bestandteil der Satzung ist (Anlage 9). Jedes Mitglied hat bis zu zwei Stellvertreterinnen oder Stellvertreter. Gehört dem Regionalausschuss nur eine Vertreterin oder ein Vertreter der Arbeitgeber an, hat sie oder er die gleiche Anzahl an Stimmen wie die anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten.

(2) Den Regionalausschüssen dürfen nur Personen angehören, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36 a Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 41
Wahl und Amtsdauer

(1) Die Mitglieder, die Stellvertreterinnen und die Stellvertreter eines jeden Regionalausschusses werden vom Vorstand gewählt, und zwar wählen die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und die Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber je für sich getrennt die Vertreter ihrer Gruppe. § 23 Absatz 3 Satz 2 findet Anwendung.

(2) Die Amtsdauer der Mitglieder der Regionalausschüsse entspricht der Amtsdauer der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane. Die Gewählten bleiben nach Ablauf ihrer Amtsdauer im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Wiederwahl ist zulässig.

(3) Die Neuwahl ist innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane durchzuführen.

(4) Ein Mitglied eines Regionalausschusses, das sein Ehrenamt als Mitglied beziehungsweise Stellvertreterin oder Stellvertreter eines Selbstverwaltungsorgans gemäß § 59 Viertes Buch Sozialgesetzbuch oder als Versichertenberaterin oder -berater verliert, scheidet damit gleichzeitig aus dem Amt in dem Regionalausschuss aus.

(5) Im Übrigen kann ein Mitglied eines Regionalausschusses vom Vorstand von diesem Amt entbunden werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(6) Scheidet ein Mitglied eines Regionalausschusses aus, so wird von der Gruppe des Vorstandes, die es gewählt hatte, eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger gewählt. § 23 Absatz 3 und Absatz 4 Satz 2 der Satzung gelten sinngemäß.

(7) Für Stellvertreterinnen und Stellvertreter gelten die Absätze 2 bis 6 entsprechend.

Zehnter Abschnitt

Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen

§ 42
Entschädigung

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane, der Besonderen Ausschüsse, des Einspruchsausschusses für die Renten-Zusatzversicherung sowie die Versichertenberaterinnen oder -berater, die Versichertensprecherinnen und die Versichertensprecher, die Mitglieder der Regionalausschüsse und die Mitglieder des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse erhalten zur Abgeltung ihrer Auslagen Entschädigungen in Höhe der von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes beschlossenen Sätze (§ 41 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

Die Höhe der Entschädigungen ergeben sich aus den Anlagen 2 bis 4, die Bestandteile dieser Satzung sind. § 137 der Anlage 7 zu dieser Satzung bleibt unberührt.

Zweiter Teil

Krankenversicherung

Erster Abschnitt

Name und Aufgaben

§ 43
Name

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung unter dem Namen KNAPPSCHAFT durch (§ 147 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 44
Aufgaben

(1) Die KNAPPSCHAFT nimmt als eigenständige Kassenart Aufgaben auf Bundesebene sowie die Aufgaben eines Landesverbandes und auf örtlicher Ebene die Aufgaben einer Krankenkasse wahr (§§ 4 Absatz 2, 212 Absatz 3, 217 c Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Die KNAPPSCHAFT als Träger der Krankenversicherung hat insbesondere die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern; sie stellt hierfür auch ihre Eigeneinrichtungen zur Verfügung. Im Interesse der gesundheitlichen Belange ihrer Versicherten arbeitet die Krankenversicherung mit der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung im Rahmen des Verbundsystems sowie mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

Zweiter Abschnitt

Versicherter Personenkreis

§ 45
Versicherte Mitglieder

Die KNAPPSCHAFT können als Mitglieder wählen,

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

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

(§§ 5 Absatz 1 Nummern 1 bis 2a und 4 bis 13, 9 Absatz 1, 173, 174 Absatz 5, 189 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 46
Beitrittsrecht für freiwillige Mitglieder mit Schwerbehinderung

Der Krankenversicherung können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch freiwillig beitreten, sofern sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
(§§ 9 Absatz 1 Nummer 4, 173 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 47
Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Austrittserklärung

Die freiwillige Mitgliedschaft endet unabhängig vom Zeitpunkt der Abgabe der Austrittserklärung mit Beginn einer Familienversicherung (§ 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 48
Örtliche Zuständigkeit

Versicherte werden grundsätzlich von der Regionaldirektion/Geschäftsstelle betreut, in deren Bereich sie wohnen.

Dritter Abschnitt

Leistungen der Krankenversicherung

§ 49
Leistungsarten

Versicherte erhalten die gesetzlich und von der Satzung vorgesehenen Leistungen

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch,
2. zur Früherkennung von Krankheiten,
3. zur Behandlung einer Krankheit,
4. des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch,
5. bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

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

§ 49 a
Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder einer hierauf beruhenden Familienversicherung nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

(2) Mit der Anzeige für eine Versicherung im Sinne von Absatz 1 hat die betreffende Person zu bestätigen, dass der Wohnsitz beziehungsweise ständige Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches nicht deshalb begründet wird, um Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

(3) Zur Prüfung von Leistungsanträgen ist der Versicherte zur Mitwirkung verpflichtet. Hierzu gehört auch, sich auf Verlangen einer Untersuchung durch den Sozialmedizinischen Dienst zu unterziehen.

(4) Werden in einer Versicherung im Sinne von Absatz 1 Leistungen missbräuchlich in Anspruch genommen, können die hierfür entstandenen Kosten unter Beachtung der §§ 45 und 50 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch vom Versicherten zurückgefordert werden.

§ 49b
Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz. Unter digitaler Gesundheitskompetenz ist die spezifische Form der Gesundheitskompetenz zu verstehen, die es ermöglicht, gesundheitsrelevante Informationen in Bezug auf digitale Anwendungen und digitale Informationsangebote zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Ziel ist es, die Versicherten zu informieren und zu befähigen, digitale Gesundheitsanwendungen selbstbestimmt für sich zu erschließen und zu nutzen sowie die Chancengleichheit unterschiedlichster Personengruppen zu erhöhen. Leistungen, die zur Erschließung und Nutzung entsprechender digitaler Gesundheitsangebote sowie zum Aufbau erforderlicher Kompetenzen bereitgestellt werden, können sowohl von der KNAPPSCHAFT selbst oder in ihrem Auftrag durch Dritte entwickelt beziehungsweise bereitgestellt werden. Grundlage für die Leistungen sind die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie Inhalt, Methodik und Qualität nach § 20k Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die angebotenen Leistungen sollen unter Einbezug der vorhandenen Kundenkompetenz, der Methode, des Formates und des Mediums zielgruppengerecht implementiert werden. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Qualität der Leistungen daran bemessen wird, ob deren Einsatz geeignet ist, zu einer Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz beizutragen.

(3) Die Angebote und Leistungen sollen die Besonderheiten und die kontinuierliche Weiterentwicklung digitaler Technologien berücksichtigen. Insbesondere sollen sie zur Verbesserung der Navigation beim Suchen und Finden von Informationen zu digitalen Gesundheitsanwendungen dienen, von denen eine Steigerung der digitalen Gesundheitskompetenz erwartet werden kann. Die Inhalte der Angebote und Leistungen können sich beziehen auf

1. Informationen zu digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen, wie telemedizinische Angebote und anderer Anwendungen der Telematik-Infrastruktur,

2. Informationen zu Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit,

3. Informationen zu gesundheitskompetenten Organisationen im Gesundheitswesen oder

4. generell digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsthemen.

Leistungen, die den gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Qualitätsstandards nicht entsprechen, zum Beispiel Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug, sind ausgeschlossen.

§ 50
Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung wird durch Knappschafts(zahn-)ärzte, durch an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-)Ärzte und (zahn-)ärztlich geleitete Einrichtungen sowie medizinische Versorgungszentren erbracht.

(2) Soweit Versicherte Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten haben, werden diese durchgeführt von Ärzten, welche die KNAPPSCHAFT hierfür benennt, oder von Ärzten, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür zugelassen sind.

§ 51
Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

(1) Versicherte haben für eine bereits bestehende Krankheit Anspruch auf Übernahme der Kosten einer außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erforderlichen Behandlung, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung im Inland nicht durchgeführt werden kann oder eine solche zwar durchgeführt werden kann, aber eine frühzeitigere Behandlung aus medizinischen Gründen unbedingt erforderlich ist.

(2) In diesen Fällen des Absatzes 1 können auch ganz oder teilweise

1. die notwendigen Kosten des Hin- und Rücktransportes zur beziehungsweise von der Behandlungsstätte einschließlich der Kosten des erforderlichen Gepäcktransportes,

2. die Kosten für Verpflegung und Übernachtung in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes (Stufe B) höchstens bis zur Höhe der tatsächlichen Aufwendungen übernommen beziehungsweise erstattet werden.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für eine erforderliche Begleitperson.

§ 52
Primärprävention

Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten Leistungen zur Primärprävention auf Grundlage des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen „Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom 21. Juni 2000“ in der jeweils gültigen Fassung mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten
- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- 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 von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum
- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol und zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von der KNAPPSCHAFT selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt. Bei Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im obengenannten Leitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 Euro gewährt. Die KNAPPSCHAFT bezuschusst beziehungsweise übernimmt je Versicherten maximal zwei Präventionskurse pro Kalenderjahr.

§ 53
Schutzimpfungen

Die KNAPPSCHAFT übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Die KNAPPSCHAFT übernimmt auch die Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch besteht.

§ 54
- nicht besetzt -

§ 55
Ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten

Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten wird ein Zuschuss gewährt, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25 Euro täglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100 Euro gewährt.

(§ 23 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 56
- nicht besetzt -

§ 57
Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V

Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 57 a
Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

(1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die KNAPPSCHAFT mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

(2) Die KNAPPSCHAFT trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

(3) Die KNAPPSCHAFT führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.knappschaft.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die KNAPPSCHAFT den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(4) Für die veranlassten Leistungen gilt § 63 Absatz 4 und 5 entsprechend.

§ 57 b
Künstliche Befruchtung

(1) Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, erhalten für die mit dem Behandlungsplan nach § 27a Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genehmigten Kosten zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen weitergehenden Kostenzuschuss.

(2) Der Zuschuss beträgt pro Versicherten 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die den Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

(3) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach § 92 Absatz 1 Nummer 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(4) Die Kostenerstattung erfolgt auf der Grundlage eines vor Behandlungsbeginn genehmigten Behandlungsplanes. Notwendig ist die Vorlage der spezifizierten Originalrechnungen.

(5) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 setzen voraus, dass die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Arzt erfolgen.

(6) Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch unberührt.

§ 57 c
- nicht besetzt -

§ 57 d
Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

(1) Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung im Einzelfall dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

(2) Die KNAPPSCHAFT erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 57 e
Zuschuss zu den Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses für Begleitpersonen

(1) Die KNAPPSCHAFT beteiligt sich für Begleitpersonen mit einem Zuschuss an den Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses.

(2) Der Zuschuss nach Absatz 1 wird nur bei Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs gezahlt, der von einer nach § 134 a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen beziehungsweise im Sinne von § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Hebamme geleitet wird. Weiter wird vorausgesetzt, dass die Begleitperson Vater des Kindes oder (Ehe-) Partner der Schwangeren ist.

(3) Der Zuschuss nach Absatz 1 beträgt pro Schwangerschaft 80,00 Euro, höchstens jedoch die nachgewiesenen tatsächlichen Aufwendungen. Die Zahlung erfolgt auf Antrag der berechtigten Begleitperson. Bei der Antragstellung sind die Originalrechnung sowie eine Bestätigung über die Teilnahme an dem Geburtsvorbereitungskurs vorzulegen.

§ 57 f
Fissurenversiegelung der Prämolaren

Versicherte erhalten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres für die Versiegelung der kariesfreien Prämolaren einen Zuschuss in Höhe von 90 Euro pro Kalenderjahr (maximal in Höhe des Rechnungsbetrages). Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragszahnärzten oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Leistungserbringern erbracht wird. Leistungsvoraussetzung ist ferner die Vorlage der spezifizierten Originalrechnung.

§ 57 g
Glattflächenversiegelung

Versicherte vom 10. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erhalten einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 80 Euro (maximal in Höhe des Rechnungsbetrages) zur Versiegelung der Glattflächen während einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Apparaturen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragszahnärzten oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Leistungserbringern erbracht wird. Leistungsvoraussetzung ist ferner die Vorlage der spezifizierten Originalrechnung.

§ 57 h
Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

(1) Die KNAPPSCHAFT erstattet ihren Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie,

sofern

a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und

c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

(2) Die KNAPPSCHAFT erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

(3) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

(4) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 12 Sätze 2 bis 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 57i
- nicht besetzt -

§ 57j
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

(1) Über die gesetzlich geregelten Schwangerschaftsleistungen und medizinischen Vorsorgeleistungen hinaus beteiligt sich die KNAPPSCHAFT für schwangere Versicherte mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme der in den nachfolgenden Absätzen dargestellten Leistungen. Der Zuschuss ist auf insgesamt 200,00 Euro pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Die Zahlung erfolgt nach Vorlage von Privatrezepten beziehungsweise der Originalrechnungen.

(2) Die KNAPPSCHAFT beteiligt sich an den Kosten, die für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme unmittelbar vor dem mutmaßlichen Entbindungstermin für maximal sechs Wochen entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als Leistungserbringerin zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten.

(3) Die KNAPPSCHAFT beteiligt sich an den Kosten für zusätzliche Beratungen, die während der Schwangerschaft oder im Wochenbett durch eine gemäß § 134 a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als Leistungserbringerin zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zur Versorgung der Versicherten berechtigte Hebamme erbracht werden. Als individuelle Beratungsleistungen kommen insbesondere die Still- und Ernährungsthemen sowie das Verhalten zur Vermeidung von Frühgeburten und der Umgang mit dem Baby in Betracht, sofern sie nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind oder in diesem Rahmen nicht erbracht werden können.

(4) Die KNAPPSCHAFT beteiligt sich im Einzelfall an den Kosten für folgende ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes im Mutterleib entgegen zu wirken und Risikofaktoren früh zu erkennen:

- Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die bereits ein Kind haben, welches das sechste Lebensjahr nicht überschritten hat,

- Varizellen-Test (Feststellung von Antikörpern gegen Windpocken) für Schwangere mit erhöhtem Ansteckungsrisiko (zum Beispiel zu Personen mit möglichen Erregern),

- Parvovirus-B19-Test (Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln) für Schwangere mit erhöhtem Ansteckungsrisiko (zum Beispiel Kontakt zu Personen mit möglichen Erregern),

- Toxoplasmose-Test für Schwangere mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (zum Beispiel Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),

- B-Streptokokken-Test für Schwangere bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen von einem Leistungserbringer durchgeführt werden, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigt ist. Ferner darf es sich nicht um Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien handeln.

(5) Die KNAPPSCHAFT beteiligt sich an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel und Präparate zur Folsäure- und Jod-Prophylaxe mit den Inhaltsstoffen Folsäure (= Vitamin B9), Jod und Eisen. Voraussetzung ist, dass die Einnahme aufgrund der vorliegenden Schwangerschaft von einem an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet wird und diese Mittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden.

§ 57k
Naturheilverfahren und Osteopathie

(1) Die KNAPPSCHAFT erstattet die Kosten für die Inanspruchnahme von Osteopathie nach Absatz 2 und weiteren Heilmitteln im Rahmen von Naturheilverfahren nach Absatz 3, soweit die Behandlung dazu dient, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und diese nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist. Erstattet werden nach Vorlage der ärztlichen Bescheinigung und Rechnung bis zu 150,00 Euro pro Kalenderjahr, davon können bis zu 50,00 Euro pro Kalenderjahr auf Leistungen nach Absatz 3 entfallen.

(2) Die KNAPPSCHAFT erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 30,00 Euro je osteopathischer Behandlung, begrenzt auf den Betrag nach Absatz 1. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung, insbesondere bei Neugeborenen berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch einen Physiotherapeuten, der die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt, oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht 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 einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

(3) Die KNAPPSCHAFT erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, begrenzt auf den Betrag nach Absatz 1, für die weiteren Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren. Weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren sind:

a) Heileurythmie, medizinische Bäder und Teilkörpermassagen im Rahmen der anthroposophischen Medizin,

b) Teilkörpermassagen und Thermotherapien nach Ayurveda,

c) Feldenkrais,

d) Shiatsu,

e) Tuina und Krankengymnastik nach Qigong im Rahmen der traditionellen chinesischen Medizin.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den Naturheilverfahren anthroposophische Medizin, Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionelle chinesische Medizin berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch einen Physiotherapeuten, der die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt, oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird. Berechtigt ist, wer eine erfolgreich abgeschlossene Fort- oder Ausbildung der unter a) bis e) genannten Therapien der anthroposophischen Medizin, Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionellen chinesischen Medizin absolviert hat oder ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes dieser Naturheilverfahren ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband dieser Naturheilverfahren berechtigt wäre.

§ 57l
Hautkrebsscreening

(1) Über die gesetzlichen und vertragsärztlichen Leistungen hinaus übernimmt die KNAPPSCHAFT bei Versicherten, die zum Untersuchungszeitpunkt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Einzelfall die Kosten für ein Hautkrebsscreening, wenn eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (zum Beispiel familiäre Disposition, heller Hauttyp) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

(2) Voraussetzung ist, dass die Leistung durch zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten beziehungsweise Dermatologen entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) erbracht wird. Eine Erkrankung darf noch nicht vorliegen, aber bereits bestehende Risikofaktoren müssen auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

(3) Der Anspruch auf das Hautkrebsscreening beinhaltet die visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute sowie eine gegebenenfalls erforderliche Auflichtmikroskopie. Der Anspruch besteht nicht, wenn und soweit das Hautkrebsscreening bereits Bestandteil einer mit der KNAPPSCHAFT vereinbarten selektivvertraglichen Versorgung ist.

(4) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 35 Euro. Ein erneutes Hautkrebsscreening ist frühestens zwei Jahre nach der letzten Untersuchung möglich. Zur Erstattung sind der KNAPPSCHAFT die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 57m
Zweitmeinung

(1) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage des § 27b Absatz 6 SGB V bei bestimmten onkologischen und orthopädischen Erkrankungen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung. Das Zweitmeinungsverfahren ist auf planbare ambulante und/oder stationäre Eingriffe oder Therapien beschränkt.

Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der in der Anlage 15 zur Satzung aufgeführten gesicherten Diagnose beziehungsweise geplanten Operation. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend. Das Verzeichnis der Diagnosen, für die eine ärztliche Zweitmeinung bei der KNAPPSCHAFT eingeholt werden kann, wird auf der Internetseite der KNAPPSCHAFT veröffentlicht.

(2) Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte prüfen lassen, ob die/der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Therapie/Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die/den geplante(n) Therapie-/Eingriff durchführen zu lassen.

(3) Die Organisation des Zweitmeinungsverfahrens erfolgt durch eine Servicegesellschaft, mit der die KNAPPSCHAFT eine Vereinbarung getroffen hat.

(4) Alle Versicherten der KNAPPSCHAFT können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der KNAPPSCHAFT krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft beziehungsweise der Familienversicherung.

(5) Zweitmeinungen werden durch qualifizierte Fachärzte der Krankenhausträgergesellschaften, an denen die KNAPPSCHAFT Gesellschaftsanteile hält, oder durch qualifizierte Knappschaftsärzte erbracht.

Zweitmeinungen können auch von anderen nach § 27b Absatz 3 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht werden, wenn die KNAPPSCHAFT mit ihnen orientiert am Bedarf der Versicherten eine Vereinbarung getroffen hat und sie ebenfalls über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung im Sinne von § 27b Absatz 2 SGB V verfügen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten.

(6) Kriterien für die besondere Expertise der Zweitmeinungsgutachter nach Absatz 5 sind

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

(7) Die KNAPPSCHAFT führt ein Verzeichnis der beteiligten Leistungserbringer. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die KNAPPSCHAFT Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(8) Die KNAPPSCHAFT verpflichtet die Leistungserbringer nach den Absätzen 3 und 5 zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 Bundesdatenschutzgesetz und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

(9) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die KNAPPSCHAFT in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet. Dies gilt nicht für den Versicherten persönlich entstehende Kosten (zum Beispiel Porto, Fahrt- oder Übernachtungskosten).

(10) Die vorstehenden Regelungen gelten bis zu erforderlichen Anpassungen aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Absatz 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V.

§ 58
Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern die Anspruchsvoraussetzungen nach § 38 Absatz 1 Sätze 1 oder 3 SGB V vorliegen und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Voraussetzung ist ferner, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Absätze 4 und 5 SGB V gelten.

(2) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht für die Dauer der Notwendigkeit einer in § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Leistung und in Fällen nach § 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V längstens für die Dauer von 26 Wochen.

§ 59
Krankenhausbehandlung und stationäre Entbindung

(1) [1]Für die in Absatz 3 genannten Versicherten besteht bei stationärer Behandlung sowie stationärer Entbindung in einem zugelassenen Krankenhaus Anspruch auf Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen und Behandlung durch den leitenden Arzt (Mehrleistungsanspruch). [2]Das Krankenhaus rechnet bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer zu vereinbarten Sätzen, maximal bis zum Höchstbetrag, der sich aus der Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) ergibt, unmittelbar mit der KNAPPSCHAFT ab. [3]Die berechneten Kosten der Behandlung durch den leitenden Arzt werden bis zur Höhe der im Vertrag zwischen dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. und der KNAPPSCHAFT festgelegten Gebührensätze übernommen.

(2) [1]Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 kann auf Antrag des Mitgliedes

a) auf die Unterbringung im Zweibettzimmer oder

b) auf die Behandlung durch den leitenden Arzt

beschränkt werden (beschränkter Mehrleistungsanspruch). [2]Die Leistungsbeschränkung tritt vom Beginn des Monats in Kraft, der dem Monat folgt, in dem die schriftliche Erklärung des Mitgliedes über die Leistungsbeschränkung bei der KNAPPSCHAFT eingeht. [3]Die Leistungsbeschränkung wirkt auf den Beginn der Prämienbemessung nach Absatz 5 Satz 3 zurück, wenn sie innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides über die erstmalige Anwendung von Absatz 5 Satz 3 bei der KNAPPSCHAFT eingeht. [4]Die Leistungsbeschränkung ist unwiderruflich und wirkt auf Dauer. [5]Sie gilt gleichermaßen für alle bei der KNAPPSCHAFT familienversicherten und sonstigen anspruchsberechtigten Angehörigen im Sinne von Absatz 3. [6]Sie besteht darüber hinaus fort, wenn ein bisher familienversicherter Angehöriger nach Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 7 in eine eigene Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT mit entsprechender Prämienzahlung nach Absatz 5 zu überführen ist.

(3) [1]Pflicht- und freiwillig versicherte Mitglieder, Rentner und Rentenantragsteller sowie deren familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner (§ 1 Absatz 1 LPartG) haben einen Leistungsanspruch nach Absatz 1, wenn dieser bereits am 31. März 2007 bestanden hat. [2]Dies gilt auch für die bei der KNAPPSCHAFT familienversicherten Kinder, sofern diese spätestens am 31. März 2007 das 18. Lebensjahr vollendet haben. [3]Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 besteht auch für Ehegatten beziehungsweise Lebenspartner (§ 1 Absatz 1 LPartG) und volljährige Kinder, die am 31. März 2007 und danach fortlaufend selbst Mitglied der KNAPPSCHAFT ohne den Leistungsanspruch nach Absatz 1 oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse waren, wenn seitdem durchgehend ohne die eigene Mitgliedschaft dem Grunde nach die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt waren. [4]Diese gelten als erfüllt, wenn der Ehepartner beziehungsweise Lebenspartner (§ 1 Absatz 1 LPartG) oder das volljährige Kind des nach Satz 1 anspruchsberechtigten Mitgliedes

- seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat,
- nicht versicherungsfrei (§ 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) oder nicht von der Versicherungspflicht befreit ist,
- keine selbständige Tätigkeit hauptberuflich ausübt,
- nicht privat krankenversichert ist und
- insgesamt keine steuerpflichtigen und/oder steuerfreien Einnahmen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) erzielt.

(4) [1]Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 endet für die in Absatz 3 genannten Personen auf Dauer

a) mit dem Tod des Mitgliedes,

b) mit Wirksamwerden der Kündigung der Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT,

c) mit Ablauf des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied durch schriftliche Erklärung die Beendigung des Leistungsanspruches nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 der KNAPPSCHAFT anzeigt,

d) mit Beginn einer Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

e) mit Eintritt einer Familienversicherung über ein nicht mehrleistungsberechtigtes Mitglied,

f) mit Ablauf des Kalendermonats, in dem trotz Hinweises auf die Folgen die fällige Prämie nach Absatz 5 gegebenenfalls in Verbindung mit Absatz 5a für zwei Monate nicht in voller Höhe gezahlt wurde,

g) mit Ablauf des letzten Tages, für den die Prämie nach Absatz 5 Satz 2 zu zahlen ist, wenn das Mitglied innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides über die Anwendung von Absatz 5 Satz 3 den Leistungsanspruch abwählt oder

h) mit Ablauf des Tages, der dem Tag vorangeht, an dem eine nach Absatz 5 Satz 10 erforderliche Prämienerhöhung wirksam wird, wenn der Leistungsanspruch innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides über die Prämienerhöhung abgewählt wird und danach Leistungen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 nicht in Anspruch genommen werden; andernfalls endet der Leistungsanspruch mit Ablauf des Monats, in dem letztmalig Leistungen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 erbracht werden.

²Darüber hinaus endet der Leistungsanspruch für die in Absatz 3 Satz 3 genannten Personen auf Dauer,

a) mit dem Tag, an dem eine der Voraussetzungen des Absatz 3 Satz 4 nicht mehr erfüllt wird,

b) wenn Kinder die Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erreichen mit Ablauf des Tages der Vollendung des maßgeblichen Lebensjahres,

c) mit Rechtskraft des Scheidungsurteils des Familiengerichts, wenn die Ehe beziehungsweise Lebenspartnerschaft mit dem Mitglied geschieden beziehungsweise aufgehoben wird,

d) mit Ablauf des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied durch schriftliche Erklärung die Beendigung des Leistungsanspruchs nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 für seinen nach Absatz 3 Satz 3 anspruchsberechtigten Angehörigen der KNAPPSCHAFT anzeigt,

e) mit Beginn des Monats, für den erstmalig das Mitglied eine Prämie für einen nach Absatz 3 Satz 3 anspruchsberechtigten Angehörigen zu zahlen hat, wenn die Erklärung des Mitgliedes zur Beendigung des Leistungsanspruchs für den Angehörigen innerhalb von einem Monat nach Zugang des Bescheides über die Prämienerhebung bei der KNAPPSCHAFT eingeht und danach Leistungen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 vom Angehörigen nicht in Anspruch genommen werden; andernfalls endet der Leistungsanspruch für den Angehörigen mit Ablauf des Monats, in dem letztmalig Leistungen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 erbracht werden oder

f) mit Ablauf des letzten Tages, für den die Prämie nach Absatz 5 Satz 2 zu zahlen ist, wenn das Mitglied für seinen anspruchsberechtigten Angehörigen innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides über die Anwendung von Absatz 5 Satz 3 den Leistungsanspruch für den Angehörigen abwählt.

(5) [1]Für den Leistungsanspruch nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 hat das Mitglied vom 1. Januar 2009 an eine monatliche Prämie zu entrichten. [2]Bei Mitgliedern und Rentenantragstellern nach § 189 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die jeweils noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben, ist die Höhe der Prämie abhängig von der Zugehörigkeit zu der jeweiligen Altersgruppe nach der Anlage 10. [3]Bei Mitgliedern, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder die als Rentner pflicht- beziehungsweise freiwillig versichert sind, richten sich die Prämien nach den in der Anlage 11 festgelegten Einkommensklassen. [4]Im Falle der Durchführung einer beitragsfreien Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 in Verbindung mit § 225 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist für die Dauer dieser Mitgliedschaft keine Prämie zu zahlen. [5]Für die Feststellung des maßgeblichen Einkommens finden die §§ 226 ff., 237 und 240 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch Anwendung. [6]Die Prämie ändert sich entsprechend der jeweils aktuellen Prämientabelle nach Satz 2 ab dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied ein Lebensjahr vollendet, das es einer anderen Altersgruppe zuordnet. [7]Die Prämie ändert sich entsprechend der jeweils aktuellen Prämientabelle nach Satz 3 ab dem Ersten des Monats, in dem das Einkommen des Mitgliedes erstmals einer anderen Einkommensgruppe zuzuordnen ist. [8]Die Prämie wird am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den sie zu zahlen ist. [9]Die Prämienkalkulation wird im Rahmen der Haushaltsplanungen durch die Aufsichtsbehörde für das folgende Kalenderjahr geprüft. [10]Soweit sich die Notwendigkeit ergibt, werden die Prämien zu Beginn des folgenden Kalenderjahres neu festgesetzt.

(5a) [1]Die vom Mitglied nach Absatz 5 monatlich zu zahlende Prämie erhöht sich ab dem 1. Januar 2011 für jeden nach Absatz 3 Satz 3 anspruchsberechtigten Angehörigen um den Betrag, der zu entrichten wäre, wenn dieser als Mitglied eine Prämie nach Absatz 5 Satz 2 und 3 zu entrichten hätte. [2]Auf die anspruchsberechtigten Angehörigen nach Absatz 3 Satz 3 findet Absatz 5 analoge Anwendung. [3]Endet die Anspruchsberechtigung eines Angehörigen durch Erklärung nach Absatz 4 Satz 2 Buchstabe e), entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung.

(6) [1]Für Personen nach Absatz 3, die nach § 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch freiwillig versichert sind und für die im Rahmen der Beitragsbemessung § 240 Absatz 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch Anwendung findet oder die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, ruht der Leistungsanspruch nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 für die Dauer der Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beziehungsweise der gesetzlichen Dienstzeit. [2]Für die Dauer des Ruhens des Leistungsanspruchs nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 ist eine Prämie nach Absatz 5 nicht zu zahlen. [3]Das Ruhen des Leistungsanspruchs nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 wirkt gleichermaßen für alle anspruchsberechtigten Familienangehörigen im Sinne von Absatz 3. [4]Das Ruhen des Leistungsanspruchs endet, wenn die Beitragsbemessung zur freiwilligen Krankenversicherung nicht mehr auf Basis von § 240 Absatz 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfolgt beziehungsweise die gesetzliche Dienstzeit endet. [5]Die Pflicht zur Entrichtung der Prämienzahlung nach Absatz 5 setzt wieder ein.

(7) [1]Scheiden bisher familienversicherte Angehörige im Sinne von Absatz 3 Satz 1 und 2 aus der Familienversicherung aus, muss die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT innerhalb von einem Monat nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung erklärt werden. [2]Die Erklärung über den Beitritt und eine gegebenenfalls zeitgleich erklärte Leistungsreduzierung im Sinne von Absatz 2 Satz 1 wirkt von dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung an und ist mit einer Prämienzahlung nach Absatz 5 verbunden. [3]Dies gilt entsprechend für die bei der KNAPPSCHAFT als Mitglied versicherten Anspruchsberechtigten im Sinne von Absatz 3 Satz 3, wenn ein Ereignis nach Absatz 4 Satz 1 Buchstabe a oder Absatz 4 Satz 2 Buchstaben a, b oder c eintritt. [4]In diesen Fällen besteht der jeweilige Leistungsanspruch unverändert in dem Umfang fort, in dem er vor dem Beitritt zuletzt bestanden hat; Satz 2 bleibt hiervon unberührt.

(8) [1]Personen, die nach Absatz 3 anspruchsberechtigt sind und nach dem 31. Dezember 2008 versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch werden, können schriftlich das Ruhen des Leistungsanspruchs nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 beantragen. [2]Das Ruhen des Leistungsanspruchs beginnt mit dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Antrag auf Ruhen der Leistung bei der KNAPPSCHAFT eingeht und wirkt für das Mitglied sowie alle anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach Absatz 3. [3]Für die Dauer des Ruhens des Leistungsanspruchs nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 ist keine Prämie nach Absatz 5 zu zahlen. [4]Das Ruhen endet, wenn die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nicht mehr besteht.

(9) [1]Abweichend von Absatz 8 haben Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch der Versicherungspflicht unterliegen, für die Leistungsansprüche nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 keine Prämie nach Absatz 5 zu zahlen. [2]Die Prämienfreiheit wirkt für die Dauer des Mitgliedschaftsverhältnisses. [3]Sie bleibt auch dann bestehen, wenn am 31. Dezember 2008 Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 Fünftes Sozialgesetzbuch vorliegt und im Anschluss daran nahtlos Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eintritt.

(10) Absätze 8 und 9 gelten entsprechend für anspruchsberechtigte Personen nach Absatz 3, die sich in Elternzeit befinden oder eine Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) in Anspruch nehmen, wenn deren Mitgliedschaft für die Dauer der Elternzeit oder der Pflegezeit beitragsfrei zur Krankenversicherung fortzuführen ist.

(§§ 39, 108, 173 Absatz 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 60
- nicht besetzt -

§ 61
Zusatzsterbegeld

Am 31. Dezember 1988 bestehende Zusatzsterbegeldversicherungen werden nach Maßgabe des § 65 der Satzung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung weitergeführt.

Ab 1. Januar 2002 tritt an die Stelle des Betrages von 0,10 DM für den monatlichen Beitrag für die Zusatzversicherung auf Sterbegeld der Betrag von 0,05 Euro und an die Stelle von 25 DM Sterbegeld der Betrag von 13 Euro.

Die Zusatzsterbegeldversicherung wird ab dem 1. Januar 2012 beitragsfrei gestellt.

§ 62
Auskünfte an Versicherte

(1) Die KNAPPSCHAFT unterrichtet ihre Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

(2) Art und Umfang der zu erteilenden Auskünfte bestimmt sich nach Maßgabe der Regelungen des § 305 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

§ 63
Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die KNAPPSCHAFT vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der KNAPPSCHAFT übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind.

(2) Die Wahl der Kostenerstattung schließt grundsätzlich alle ambulanten und stationären Leistungen ein. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zugelassene Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung durch die KNAPPSCHAFT in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

(3) Das Wahlrecht nach Absatz 1 wird durch eine schriftliche Erklärung unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordrucks ausgeübt. Versicherte sind an die gewählte Kostenerstattung mindestens für die Dauer eines Kalendervierteljahres ab Wirksamwerden dieser Erklärung gebunden. Die Kostenerstattung wird ab dem ersten Tag des auf den Zugang der Versichertenerklärung (Satz 1) folgenden Kalendervierteljahres durchgeführt. Wird das Versicherungsverhältnis zur KNAPPSCHAFT neu begründet, kann abweichend von Satz 3 Kostenerstattung nach Absatz 1 ab Beginn der Mitgliedschaft gewählt werden; in diesem Fall verlängert sich die Mindestbindungsdauer nach Satz 2 um den Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres.

(4) Die Aufwendungen werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen werden in Abzug gebracht. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist je Antrag um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5,00 vom Hundert, höchstens 25,00 Euro zu kürzen.

(5) Der Kostenerstattung werden die Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt. Die Rechnungen sind entsprechend zu spezifizieren.

(6) Die gewählte Kostenerstattung kann mit Wirkung zum Ende der in Absatz 3 Satz 2 genannten Mindestdauer jederzeit durch schriftliche Erklärung widerrufen werden. Fehlt eine schriftliche Erklärung zur Beendigung der Kostenerstattung, verlängert sich der Zeitraum ihrer Beibehaltung jeweils um ein Quartal.

§ 63a
Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall

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

1. als dasjenige, für das die KNAPPSCHAFT eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geschlossen hat oder
2. das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abzugeben gewesen wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

(2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die KNAPPSCHAFT bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind, das Versicherte gewählt haben. Davon werden 28 vom Hundert als Abschlag für die der KNAPPSCHAFT entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen. Ferner sind von dem so ermittelten Erstattungsbetrag 5 vom Hundert für Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.

§ 64
Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungen in Ländern, in denen die Verordnung (EG) Nummer 883/04 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen auch Leistungserbringer in den Ländern im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, in denen die Verordnung (EG) Nummer 883/04 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist. Dies gilt nicht, wenn für den Versicherten Behandlungen im anderen Staat bereits auf der Grundlage eines Pauschbetrages erstattet werden oder einem Erstattungsverzicht unterliegen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Kostenerstattungen auf der Grundlage von Artikel 25 der Verordnung (EG) Nummer 987/09 bleiben im Übrigen unberührt.

(2) Sofern die inländischen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, werden die nachgewiesenen Aufwendungen des Versicherten bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sachleistungen im Inland entstanden wären, gegebenenfalls begrenzt auf den Rechnungsbetrag. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen werden in Abzug gebracht. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist je Antrag um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent, höchstens 25 Euro, zu kürzen.

(3) Der Kostenerstattung werden die quittierten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt. Die Rechnungen sind möglichst entsprechend zu spezifizieren.

(4) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die KNAPPSCHAFT die Kosten der erforderlichen Behandlung übernehmen. Im Übrigen gelten § 51 Absatz 2 und 3 der Satzung entsprechend.

(5) Abweichend von Absatz 1 können Krankenhausleistungen nach § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in den betreffenden Staaten nur nach vorheriger Zustimmung durch die KNAPPSCHAFT in Anspruch genommen werden.

§ 65
Teilkostenerstattung

Freiwillig versicherte Beamte, die bei der KNAPPSCHAFT tätig sind, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen anstelle der nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Leistungen Teilkostenerstattung nach Maßgabe der Bestimmungen zum Wahltarif Teilkostenerstattung gemäß § 66g wählen.

(§ 14 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66
- nicht besetzt -

§ 66a
Wahltarif Selbstbehalt

(1) Mitglieder können den Selbstbehalttarif wählen, wenn sie keinen Tarif nach den §§ 66b und 66h der Satzung gewählt haben oder ihre Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. In diesem Fall werden die von der KNAPPSCHAFT zu tragenden Kosten um den Selbstbehalt vermindert, der vom Mitglied zu übernehmen ist. Auf den Selbstbehalt werden ausschließlich die vom Mitglied in Anspruch genommenen Leistungen angerechnet.

(2) Die Wahl des Selbstbehalttarifs ist schriftlich durch das Mitglied zu erklären. Die Erklärung wirkt frühestens vom Beginn des auf den Eingang der Erklärung bei der KNAPPSCHAFT folgenden Quartals. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens nach Ablauf von drei Jahren seit Beginn der Teilnahme. In besonderen Härtefällen kann die Teilnahme abweichend von Satz 3 zum Ende des Quartals, in dem der Härtefall angezeigt wird, vorzeitig gekündigt werden. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(2a) Die Wahl des Wahltarifs für Auszubildende nach Absatz 4f wirkt vom Beginn des auf die Wahl folgenden Kalendermonats. Der Tarif endet automatisch zum Ende des Quartals, in dem die dreijährige Mindestbindungsfrist erfüllt wird. Er kann frühestens jedoch mit Ablauf des Quartals beendet werden, in dem das Ausbildungsverhältnis endet.

Ändert sich der Status des Mitglieds dergestalt, dass es nicht mehr Auszubildender ist, kann es einen Selbstbehalt nach Absatz 4a bis 4e wählen. Mit dem Wirksamwerden der Wahl endet der Tarif nach Absatz 4f. Sind die Voraussetzungen für einen Wahltarif nach Absatz 4a bis 4e nicht erfüllt, bleibt das Mitglied an die Wahl des Selbstbehalttarifs für Auszubildende bis zum Ende des Quartals, in dem die Mindestbindungsfrist abläuft, gebunden.

(3) Beim Wahltarif Selbstbehalt bleiben nachfolgend aufgeführte Leistungen unberücksichtigt:

- Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),

- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 53 der Satzung),
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21 bis 22a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) mit Ausnahme der ambulanten und stationären Kuren,
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- Kinderuntersuchungen (§ 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Unberücksichtigt bleibt ferner die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen.

(4) Es werden folgende Selbstbehalttarife angeboten:

a. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 10.000 Euro und pflichtversicherte Studenten können bei einem Selbstbehalt von 200 Euro im Kalenderjahr eine Prämienzahlung in Höhe von 100 Euro erhalten.

b. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 20.000 Euro können bei einem Selbstbehalt von 320 Euro im Kalenderjahr eine Prämienzahlung in Höhe von 200 Euro erhalten.

c. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 30.000 Euro können bei einem Selbstbehalt von 450 Euro im Kalenderjahr eine Prämienzahlung in Höhe von 300 Euro erhalten.

d. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 40.000 Euro können bei einem Selbstbehalt von 600 Euro im Kalenderjahr eine Prämienzahlung in Höhe von 400 Euro erhalten.

e. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab der Beitragsbemessungsgrenze können bei einem Selbstbehalt von 800 Euro im Kalenderjahr eine Prämienzahlung in Höhe von 500 Euro erhalten.

f. Auszubildende, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versichert sind und das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können bei einem Selbstbehalt von 140 Euro im Kalenderjahr eine Prämienzahlung in Höhe von 120 Euro erhalten.

Ein Anspruch auf die Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Absatz 8 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden. Im Falle einer unterjährigen Teilnahme am Selbstbehalttarif reduzieren sich Prämie und Selbstbehalt anteilmäßig.

(4) Die Prämie für ein Kalenderjahr wird spätestens bis zum Ende des dritten Quartals des Folgejahres an das Mitglied gezahlt. Für Auszubildende erfolgt die erste Prämienzahlung mit Beginn der Teilnahme. Danach erfolgt die Prämienzahlung ebenfalls spätestens zum Ende des dritten Quartals für das abgelaufene Kalenderjahr. Die Höhe der Prämienzahlung mindert sich um etwaige Kosten von in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen. Stellt die KNAPPSCHAFT fest, dass im maßgeblichen Zeitraum Kosten angefallen sind, die den Betrag der Prämie überschreiten, hat das Mitglied den übersteigenden Betrag, begrenzt bis zur Höhe seines Selbstbehaltes, an die KNAPPSCHAFT zu zahlen. Der Betrag wird spätestens nach Ablauf des Monats fällig, der auf den Monat des Zugangs der Zahlungsaufforderung der KNAPPSCHAFT folgt.

(§ 53 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66b
Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit

(1) Volljährige freiwillige Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab der Beitragsbemessungsgrenze, die im Kalenderjahr mehr als drei Monate bei der Knappschaft versichert waren und in diesem Kalenderjahr für sich und ihre nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch mitversicherten Angehörigen keine Leistungen zu Lasten der KNAPPSCHAFT in Anspruch genommen haben, können den Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit wählen, wenn sie keinen Tarif nach den §§ 66a und 66h der Satzung gewählt haben, oder ihre Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

(2) Die Wahl des Tarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit ist schriftlich durch das Mitglied zu erklären. Die Teilnahme beginnt am 1. Januar, 1. April oder 1. Juli, der auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgt. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens nach Ablauf von einem Jahr seit Beginn der Teilnahme. In besonderen Härtefällen kann die Teilnahme abweichend von Satz 3 zum Ende des Quartals, in dem der Härtefall angezeigt wird, vorzeitig gekündigt werden. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(3) Die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen bleiben mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und nach den §§ 24 bis 24b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt.

Unberücksichtigt bleibt ferner die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen. Ebenfalls ausgenommen bleibt die Inanspruchnahme übriger Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(4) Die Höhe der Prämie staffelt sich entsprechend der Dauer der leistungsfreien freiwilligen Mitgliedschaft und beträgt für das erste Kalenderjahr 140 Euro, für das zweite Kalenderjahr 220 Euro und ab dem dritten Kalenderjahr 300 Euro. Ein Anspruch auf die Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Absatz 8 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden. Anspruch auf die erhöhten Prämien für das zweite und dritte Kalenderjahr besteht nur bei ununterbrochener Leistungsfreiheit in zwei beziehungsweise drei aufeinander folgenden vollen Kalenderjahren.

(5) Die Prämie für ein Kalenderjahr wird spätestens bis zum Ende des dritten Quartals des Folgejahres an das Mitglied gezahlt.

(§ 53 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66c
Wahltarif für prosper / proGesund

(1) Versicherte, die vertragsgemäß an der besonderen Versorgung prosper/proGesund nach § 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch teilnehmen, erhalten auf Grundlage des § 53 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine Prämienzahlung nach den folgenden Absätzen.

(2) Der Anspruch besteht einmal pro Betrachtungszeitraum, welcher das jeweils letzte volle Kalenderjahr umfasst. Die Prämie für einen Betrachtungszeitraum wird spätestens 12 Monate nach dessen Ablauf gezahlt. Ein Anspruch auf Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Absatz 8 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden.

(3) Die Prämie für die vertragsgemäße Teilnahme beträgt 40,00 Euro. Für Versicherte, die im Betrachtungszeitraum in einem Krankenhaus vollstationär (§ 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) behandelt wurden, welches als Netzkrankenhaus an prosper/proGesund teilnimmt, beträgt sie 100,00 Euro. Versicherte, die nur für einen Teil des Betrachtungszeitraums an prosper/proGesund teilgenommen haben, erhalten für jedes volle Quartal ihrer Teilnahme ein Viertel der jeweiligen Prämie.

(§ 53 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66d
Wahltarife zur Kostenerstattung

(1) Mitglieder, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selbst tragen, sowie deren nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch mitversicherte Angehörige können folgende Tarife zur Kostenerstattung nach § 53 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch wählen:

- Tarif Arzt für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Tarif Zahnarzt für den Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung (einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Leistungen der ambulanten Kieferorthopädie)

Für die Teilnahme an den Tarifen ist die jeweilige Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erforderlich. Die Tarife sind untereinander kombinierbar. Die gleichzeitige Teilnahme an dem Wahltarif Selbstbehalt nach § 66a ist ausgeschlossen. Für jeden einzelnen Tarif ist eine Prämie nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 zu zahlen. § 11 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie § 52 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Die Teilnahme am jeweiligen Tarif ist gegenüber der KNAPPSCHAFT nach vorheriger Aufklärung über die Bindungsfrist nach Absatz 3 schriftlich zu erklären. Die Erklärung wirkt bei Versicherten, die sich bereits für das jeweilige Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entschieden haben, frühestens vom Beginn des auf den Eingang bei der KNAPPSCHAFT folgenden Kalendermonats an oder ab einem vom Versicherten gewählten und weiter in der Zukunft liegenden Monatsbeginn. Ansonsten sind die für die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren jeweils geltenden Zugangsregelungen nach § 63 Absatz 3 Satz 3 zu beachten.

(3) Eine Kündigung des einzelnen Tarifs kann frühestens zum Ende der einjährigen Bindungsfrist (§ 53 Absatz 8 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) schriftlich erfolgen. Anderenfalls verlängert sich die Teilnahme an dem gewählten Tarif automatisch um ein Jahr; die Kündigung ist dann mit einer Frist von drei Monaten jeweils nur zum Ablauf dieses Jahres zulässig. Ein Sonderkündigungsrecht besteht nur in besonderen Härtefällen. Während der Bindungsfrist und der Teilnahme an dem jeweiligen Tarif kann die Mitgliedschaft nicht beendet werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(4) Die Höhe der einzelnen Tarifprämien richtet sich nach dem Alter der teilnehmenden Versicherten. Für das erste Jahr der Teilnahme gelten die Prämientabellen nach Maßgabe der Absätze 8 und 9, die zu Beginn der Teilnahme maßgeblich waren. Mit Beginn des zweiten Jahres der Teilnahme ist die Prämienhöhe unter Berücksichtigung möglicher Prämienanpassungen nach Absatz 6 gegebenenfalls neu zu ermitteln. Darüber hinaus anfallende Prämienanpassungen erfolgen mit dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Teilnehmer die für eine andere Prämienhöhe relevante Altersstufe erreicht.

(5) Die Prämie ist für den Kalendermonat zu zahlen. Die tarifzugehörige Prämie wird zum 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den sie zu zahlen ist. Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämien vollständig gezahlt werden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich.

(6) Wird eine Prämie außerhalb der Altersstufen erhöht, endet der bisherige Tarif mit Ablauf des Tages vor der Erhöhung der Prämie. Die Teilnehmer sind hierüber rechtzeitig vor Wirksamwerden der Prämienerhöhung schriftlich zu informieren. Durch die Erhöhung der Prämie entsteht ein neuer Tarif. Versicherte können der Teilnahme an diesem neuen Tarif im Wege der Kündigung widersprechen. Die Regelungen zu Absatz 3 gelten entsprechend.

(7) Gegenstand der Wahltarife zur Kostenerstattung sind ausschließlich die Vertragsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, werden durch diese Tarife nicht erfasst. Erstattet werden dem Teilnehmer entstandene und nachgewiesene Kosten für den jeweils gültigen Tarifbereich. Für den Nachweis der Kosten sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen.

(8) Der Tarif Arzt sieht anstelle der Sach- oder Dienstleistungen die Kostenerstattung bei der ambulanten ärztlichen Behandlung bis zum 2,3-fachen Satz und bei besonderer Begründung bis zum 3,5-fachen Satz nach der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - vor. Hiervon ausgenommen sind Leistungen zur künstlichen Befruchtung. Eine Kombination des Tarifs Arzt mit der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (zum Beispiel an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 67 und an der Integrierten Versorgung prosper/proGesund nach § 140 a ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) ist ausgeschlossen.

1. Die Kosten werden in Höhe von 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages nach Abzug des Kassenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem kalenderjährlichen Selbstbehalt von maximal 500 Euro erstattet. Maßgebend für die Bestimmung des Selbstbehaltes ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung.
2. Die Prämienhöhe für den Tarif Arzt ergibt sich aus Prämientabellen. Diese sind als Anlage 12 Bestandteil der Satzung.
3. Sofern aus dem Tarif Arzt während eines gesamten Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, erfolgt eine Prämienrückzahlung an den Tarifteilnehmer. Die Prämienrückzahlung beträgt ein Zwölftel der tariflichen Jahresprämie des Teilnehmers für das jeweilige Kalenderjahr. Rückzahlungen sind nur für Kalenderjahre möglich, in denen durchgehend an dem Tarif teilgenommen wurde.

(9) Der Tarif Zahnarzt sieht anstelle der Sach- oder Dienstleistungen die Kostenerstattung für die ambulante zahnärztliche Behandlung bis zum 2,3-fachen Satz und bei besonderer Begründung bis zum 3,5-fachen Satz nach der Gebührenordnung für Zahnärzte - GOZ - vor. Für die kieferorthopädische Behandlung sind die Leistungsvoraussetzungen nach § 29 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bestimmend.

1. Die Kosten werden in Höhe von 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages nach Abzug des Kassenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem kalenderjährlichen Selbstbehalt von maximal 500 Euro erstattet. Maßgebend für die Bestimmung des Selbstbehaltes ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung.
2. Die Prämienhöhe für den Tarif Zahnarzt ergibt sich aus Prämientabellen. Diese sind als Anlage 12 Bestandteil der Satzung.
3. Sofern aus dem Tarif Zahnarzt während eines gesamten Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, erfolgt eine Prämienrückzahlung an den Tarifteilnehmer. Die Prämienrückzahlung beträgt ein Zwölftel der tariflichen Jahresprämie des Teilnehmers für das jeweilige Kalenderjahr. Rückzahlungen sind nur für Kalenderjahre möglich, in denen durchgehend an dem Tarif teilgenommen wurde.

(10) Der Tarif Zahnarzt beinhaltet ferner die Erstattung der entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz.

Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, begrenzt auf den Rechnungsbetrag; gegebenenfalls nach § 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erstattete Beträge sind hierauf anzurechnen.

Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

- 1. Jahr maximal 250 Euro,
- 2. Jahr maximal 500 Euro,
- 3. Jahr maximal 750 Euro.

Wird der Kostenerstattungstarif Zahnarzt über das dritte Jahr fortgeführt, besteht der volle Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Kostenerstattungstarifteilnahme wie folgt:

- ab dem 7. Jahr um 5 vom Hundert des Leistungsbetrages nach Satz 2,
- ab dem 10. Jahr um 10 vom Hundert des Leistungsbetrages nach Satz 2,
- ab dem 13. Jahr um 20 vom Hundert des Leistungsbetrages nach Satz 2.

(11) Die Kostenerstattung für Leistungen nach den Absätzen 8, 9 und 10 wird in entsprechendem Umfang auch bei Behandlungen ausländischer Leistungserbringer übernommen, wenn sich für diese Behandlungen ein Kostenerstattungsanspruch im Rahmen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts ergibt.

(§ 53 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66e
- nicht besetzt -

§ 66f
Wahltarife Krankengeld

(1) Die in § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Mitglieder können bis zum Beginn der Regelaltersrente in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis einen Wahltarif Krankengeld nach den Absätzen 2 oder 3 in Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeldanspruch wählen, wenn ihnen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen entgeht. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht für jede erneute Arbeitsunfähigkeit von dem gewählten Tag an. Für den Wahltarif Krankengeld gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches mit Ausnahme des § 47 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

(2) Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigte mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld können zusätzlich einen Wahltarif Krankengeld nach § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entweder ab dem 15. Tag oder dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Bei einem Negativeinkommen entsteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Anspruch aus dem Wahltarif Krankengeld endet mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

(3) Künstler und Publizisten, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind, können zusätzlich zum Anspruch auf gesetzliches Krankengeld einen Wahltarif Krankengeld nach § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Der Anspruch aus dem Wahltarif Krankengeld endet mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

(4) Die Höhe des versicherbaren kalendertäglichen Krankengeldes kann in 10-Euro-Schritten von 30,00 bis 150,00 Euro gewählt werden. Das gewählte Krankengeld muss mindestens der Hälfte des Betrages entsprechen, der fiktiv unter Anwendung des § 47 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre. Beträgt das gewählte Krankengeld pro Kalendertag mehr als 30,00 Euro, darf es 100 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens nicht überschreiten. Das tatsächliche Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen ist vom Mitglied in geeigneter Form nachzuweisen.

(5) Die für den jeweiligen Wahltarif Krankengeld maßgebliche Höhe der individuellen Tarifprämie richtet sich nach der Höhe des versicherten Krankengeldes nach Maßgabe des Absatzes 4. Die monatliche Prämie ergibt sich in Abhängigkeit von dem gewählten Beginn der Krankengeldzahlung nach den Absätzen 2 oder 3 aus der dazugehörigen Prämientabelle, die als Anlage 13 Bestandteil der Satzung ist.

(6) Die Wahl des Krankengeldtarifs nach § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist schriftlich durch das Mitglied zu erklären. Die Erklärung wirkt entweder vom Beginn der Mitgliedschaft an, wenn sie mit der Beitrittserklärung gestellt wird, vom Beginn einer Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt oder einer selbständigen Tätigkeit an, wenn sie innerhalb von zwei Wochen danach gestellt wird und in allen anderen Fällen vom Beginn des nächsten Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung. Ist das Mitglied zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung arbeitsunfähig oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zu dem in Satz 2 genannten Beginn. Es besteht kein Anspruch auf Krankengeld in den ersten drei Monaten ab Wirksamwerden der Wahlerklärung.

(7) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif Krankengeld beträgt nach § 53 Absatz 8 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch drei Jahre. Der Wahltarif Krankengeld endet nach schriftlicher Kündigung des Mitgliedes mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf von drei Jahren seit Beginn der Teilnahme. Erfolgt keine fristgerechte Kündigung, verlängert sich der Wahltarif Krankengeld automatisch um ein Jahr. Eine Kündigung mit einer Frist von einem Monat ist dann jeweils nur zum Ablauf dieses Jahres zulässig. In besonderen Härtefällen kann der Wahltarif Krankengeld zum Ende des Kalendermonats, in dem der Härtefall vom Mitglied wirksam angezeigt wird, vorzeitig gekündigt werden.

(8) Die tarifzugehörige Prämie wird zum 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den sie zu entrichten ist. Die Prämie ist für den Kalendermonat zu zahlen. Bei der Berechnung der Prämie für Teilmonate findet § 223 Absatz 2 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch Anwendung. Sofern die Prämie nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ab Beginn des Fälligkeitsmonats bis zu dem Tage, an dem die Prämie vollständig entrichtet wird. Die Wiederaufnahme der Krankengeldzahlung erfolgt ausschließlich in die Zukunft gerichtet und nicht rückwirkend. Eine Befreiung von der Prämienzahlung ist nicht möglich. Gegen Forderungen der KNAPPSCHAFT ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung rechtskräftig festgestellt ist.

(9) Eine Erhöhung oder Absenkung des nach Maßgabe des Absatzes 4 gewählten Krankengeldes durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist möglich. Die Tarifänderung ist vom Mitglied schriftlich unter Beifügung des letzten ausgestellten Einkommenssteuerbescheides zu beantragen. Sie wirkt vom Beginn des übernächsten Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung und hat keine neue dreijährige Mindestbindungsfrist zur Folge. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, sofern die KNAPPSCHAFT hiervon Kenntnis erlangt hat. Bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit ist eine Erhöhung des Krankengeldes ausgeschlossen.

(10) Werden die nach Maßgabe des Absatzes 5 festgelegten Prämien erhöht, endet der bisherige Wahltarif Krankengeld mit Ablauf des Monats vor dem Zeitpunkt der Erhöhung der Prämie. Das Mitglied ist hierüber vor Wirksamwerden der Prämienerhöhung schriftlich zu informieren. Durch die Erhöhung der Prämie entsteht ein neuer Tarif, der eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist auslöst. Das Mitglied kann der Teilnahme an diesem neuen Wahltarif Krankengeld im Wege der außerordentlichen Kündigung widersprechen. Prämienanpassungen zugunsten des Mitglieds wirken sich nicht auf die laufende Bindungsfrist aus.

(11) Die Teilnahme am Wahltarif Krankengeld endet, sofern das Mitglied nicht mehr zu dem in § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten wahlberechtigten Personenkreis gehört.

(12) Die KNAPPSCHAFT ist jederzeit berechtigt, ihre Wahltarifangebote durch Satzungsänderung zu beenden. In diesem Fall endet die Teilnahme der betroffenen Mitglieder von Amts wegen mit Ablauf des Tages vor dem Inkrafttreten der geänderten Satzung. Mitglieder, die zu diesem Zeitpunkt Leistungen aus dem Wahltarif Krankengeld in der bis dahin geltenden Fassung beziehen, haben Anspruch auf Leistungen nach Maßgabe ihres Wahltarifs Krankengeld bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat. Für diesen Fall sind bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit weiterhin Prämien in der bisherigen Höhe zu zahlen.

(§ 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66g
Wahltarif Teilkostenerstattung

(1) Freiwillig versicherte Beamte, die bei der KNAPPSCHAFT tätig sind, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen anstelle der nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Leistungen Teilkostenerstattung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen wählen.

(2) Die Teilnahme am Wahltarif Teilkostenerstattung ist gegenüber der KNAPPSCHAFT nach Aufklärung über die Bindungsfrist nach Absatz 3 schriftlich zu erklären; die Teilnahme beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonat. Für Versicherte, die die Erklärung bis zum 31. März 2009 abgeben, kann die Teilnahme zum 1. Januar 2009 beginnen.

(3) Eine Kündigung dieses Tarifs kann frühestens nach drei Jahren zum Ende eines Kalendermonats schriftlich erfolgen. Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Ein Sonderkündigungsrecht besteht nur in besonderen Härtefällen.

(4) Dem Personenkreis nach Absatz 1 werden für die nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und dieser Satzung dem Grunde und der Höhe nach vorgesehenen Leistungen Teilkosten in folgender Höhe erstattet:

a) für den Beihilfeberechtigten mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 vom Hundert 50 vom Hundert

b) für den Beihilfeberechtigten mit einem Beihilfebemessungssatz von 70 vom Hundert 30 vom Hundert

c) für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 30 vom Hundert

d) für ein berücksichtigungsfähiges Kind 20 vom Hundert

der Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wären. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie für nicht stattfindende Wirtschaftlichkeitsprüfungen um fünf vom Hundert zu mindern.

(1) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt. Die Rechnungen sind entsprechend zu spezifizieren.

(2) Beihilfeansprüche, die von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasst werden, bleiben unberührt.

(3) Die an den Teilnehmer des Wahltarifs Teilkostenerstattung zu zahlende Prämie ist

a) bei einem Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten von 50 vom Hundert auf 50 vom Hundert,

b) bei einem Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten von 70 vom Hundert auf 70 vom Hundert

des von ihm zu entrichteten Beitrags festzusetzen.

(§ 53 Absatz 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 66h
Wahltarif Reiseschutz

(1) Der Wahltarif Reiseschutz ist ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Mitglieder können den Selbstbehalttarif wählen, wenn sie keinen Tarif nach den §§ 66a oder 66b gewählt haben oder ihre Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. In diesem Fall werden die von der KNAPPSCHAFT zu tragenden Kosten um den Selbstbehalt vermindert, der vom Mitglied zu übernehmen ist. Auf den Selbstbehalt werden ausschließlich die vom Mitglied nach Absatz 3 in Anspruch genommenen Leistungen angerechnet. Als Prämie erhalten die Tarifteilnehmer ein Reiseschutzpaket nach näherer Bestimmung des Absatzes 3.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder ein Prämienrückstand in einem Wahltarif der KNAPPSCHAFT besteht.

(2) Die Wahl des Selbstbehalttarifs ist schriftlich durch das Mitglied zu erklären. Die Erklärung wirkt frühestens vom Beginn des auf den Eingang der Erklärung bei der KNAPPSCHAFT folgenden Monats. Die Teilnahme endet mit Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt. Endet die Mitgliedschaft kraft Gesetzes, endet gleichzeitig die Teilnahme am Wahltarif Reiseschutz.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist endet die Teilnahme bei

- Beitragsfreiheit wegen des Bezuges von Erziehungsgeld oder Elterngeld (§ 224 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) mit dem Tag vor dem Beginn der Beitragsfreiheit,
- gesetzlich ruhendem oder ausgeschlossenem Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens beziehungsweise -ausschlusses,
- Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder Prämienrückstand in einem Wahltarif der KNAPPSCHAFT mit dem Tag vor dem Beginn des Zeitraumes, für den der Beitrags- beziehungsweise Prämienrückstand besteht.

(3) Die Prämie besteht aus einer durch die KNAPPSCHAFT nach § 194 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vermittelten und vom Mitglied bei einem Kooperationspartner der KNAPPSCHAFT abzuschließenden privaten Auslandsreise-Krankenversicherung (Reiseschutzpaket). Der Umfang des Reiseschutzpaketes hängt davon ab, ob das Mitglied die Stufe 1 oder die Stufe 2 des Tarifs wählt. Entsprechend der gewählten Tarifstufe übernimmt das Mitglied für bestimmte Leistungen einen maximalen kalenderjährlichen Selbstbehalt:

Tabelle 1 - Selbstbehalt Reiseschutzpaket

Stufe	Reiseschutzpaket (Wert jährlich)	Selbstbehalt Leistungen	Höhe des Selbstbehaltes (maximal jährlich)
1	Reiseschutzpaket für Einzelpersonen (15 Euro)	Ambulante Vorsorgeleistungen im Inland nach § 23 Absatz 2 SGB V	30 Euro
2	Reiseschutzpaket für Familien (39 Euro)	Ambulante Vorsorgeleistungen im Inland nach § 23 Absatz 2 SGB V und Fahrkosten nach § 60 SGB V zu stationären Vorsorgemaßnahmen nach § 23 Absatz 4 SGB V sowie zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Absatz 2 SGB V	78 Euro

Ein Anspruch auf die Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Absatz 8 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden. Im Falle einer unterjährigen Teilnahme am Selbstbehalttarif reduzieren sich Prämie und Selbstbehalt anteilmäßig, wobei die ursprüngliche Differenz zwischen Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Ein Wechsel der Stufe ist zum Beginn des nächsten Kalenderjahres möglich. Das Mitglied hat der KNAPPSCHAFT vor Beginn des nächsten Kalenderjahres schriftlich mitzuteilen, dass der Wechsel erfolgen soll.

(4) Die KNAPPSCHAFT rechnet jedes Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des vierten Quartals des Folgejahres ab. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme unterjährig begonnen hat.

Stellt die KNAPPSCHAFT fest, dass im maßgeblichen Zeitraum Kosten angefallen sind, hat das Mitglied die entstandenen Kosten, begrenzt bis zur Höhe seines Selbstbehaltes, an die KNAPPSCHAFT zu zahlen. Der Betrag wird spätestens nach Ablauf des Monats fällig, der auf den Monat des Zugangs der Zahlungsaufforderung der KNAPPSCHAFT folgt. Maßgebend für die auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen ist das Datum der Leistungsinanspruchnahme.

(§ 53 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 67
Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die KNAPPSCHAFT bietet ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) nach § 73b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch 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 KNAPPSCHAFT in Teilnahmeerklärungen.

§ 67a
Besondere Versorgung

(1) Die KNAPPSCHAFT bietet ihren Versicherten durch Abschluss von Verträgen auf der Grundlage des § 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine besondere Versorgung an.

(2) Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(3) Die Versicherten werden vor Abgabe der Teilnahmeerklärung 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 Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung sind den Versicherten die in Satz 1 genannten Informationen schriftlich zur Verfügung zu stellen. Die Abgabe der Teilnahmeerklärung erfolgt gegenüber der KNAPPSCHAFT schriftlich.

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

§ 68
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten Boni nach den Absätzen 2 und 3 unter folgenden Bedingungen:

Der Bonus wird bei Nachweis mindestens einer im Bonusjahr erbrachten Maßnahme nach den Absätzen 2 und 3 ausschließlich für das betreffende Bonusjahr gewährt. Ein Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Der Nachweis der Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 erfolgt mittels eines Nachweisbogens. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom jeweiligen Arzt oder Leistungserbringer im Nachweisbogen zu bestätigen.

Das Einreichen des Nachweisbogens gilt als Antrag auf Auszahlung des Bonus. Mit dem Einreichen des Nachweisbogens erklärt der Versicherte das Bonusjahr als abgeschlossen. Danach für ein Bonusjahr eingereichte Maßnahmen werden nicht anerkannt und führen nicht zu einer Auszahlung.

Der Nachweisbogen ist spätestens bis zum 31. März des auf ein Bonusjahr folgenden Kalenderjahres einzureichen. Nach diesem Datum eingereichte Nachweise für vergangene Bonusjahre werden nicht anerkannt.

Wird für Maßnahmen nach den Absätzen 2 oder 3 ein Bonus gewährt, kann für das betreffende Bonusjahr nicht auch das Gesundheitskonto nach § 68a in Anspruch genommen werden.

Der Bonus für Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach Absatz 2 Nummer 2 erfolgt nur einmal nach vollständiger Immunisierung. Kombinationsimpfungen gelten als eine Maßnahme.

(2) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten je Bonusjahr einen Bonus für

1. Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25a in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, zehn Euro,
2. Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kalenderjährlich maximal in Höhe von einmal zehn Euro,
3. Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, zehn Euro,
4. Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, zehn Euro,
5. Zahnuntersuchungen nach § 22 Absatz 1, § 22a oder § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kalenderjährlich maximal in Höhe von zweimal fünf Euro.

(3) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten einen Bonus für folgende Maßnahmen:

1. Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder in einem Sportverein kalenderjährlich maximal in Höhe von einmal siebzig Euro

2. Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens, einschließlich qualifiziertem, angeleitetem Trainingsvorlauf (mit Übungsleitung) kalenderjährlich maximal in Höhe von einmal fünf Euro

Der Bonus wird nur bei jeweils regelmäßiger Aktivität der Maßnahme gewährt.

(4) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren weiblichen Versicherten, die im Zeitraum von der Feststellung der Schwangerschaft bis zur Geburt ausweislich des Mutterpasses die nach den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen in Anspruch nehmen, einen Bonus. Der Bonus beträgt 50 Euro. Er wird der Versicherten nach der Geburt ausgezahlt. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich der Bonus nicht.

Der Mutterpass ist spätestens bis zum 31. März des auf das Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres einzureichen. Nach diesem Datum eingereichte Nachweise für vergangene Geburtsjahre werden nicht anerkannt und führen nicht zu einer Auszahlung.

§ 68a
Gesundheitskonto gesundPlus

(1) Alle Versicherten der KNAPPSCHAFT sind berechtigt, an gesund**Plus** teilzunehmen.

(2) Die Dauer der Teilnahme an gesund**Plus** beträgt ein Kalenderjahr und muss per Erklärung bis zum 31. Dezember des Vorjahres erfolgen (Teilnahmezeitraum). Die Teilnahme endet automatisch mit Ablauf des Kalenderjahres. Die erstmalige Erklärung ist im Jahr 2022, die erstmalige Teilnahme ist ab dem 1. Januar 2023 möglich.

(3) Teilnehmende Versicherte an gesund**Plus** erhalten für den Teilnahmezeitraum ein Guthaben nach Absatz 4 gutgeschrieben, wenn sie im Teilnahmezeitraum folgende Pflichtmaßnahmen in Anspruch nehmen und nachweisen:

1. Zahnuntersuchung nach § 22 Absatz 1, § 22a oder § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder § 53 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und
3. wahlweise eine Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 oder 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25a in Verbindung mit 25 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Der Nachweis erfolgt mittels eines Nachweisbogens oder Einzelbelege.

(4) Das gesund**Plus** Guthaben beträgt 150 Euro. Folgende, außerhalb des GKV- und des KNAPPSCHAFT-Leistungskatalogs stehende Leistungen können dafür nach Bestätigung des Guthabens in Anspruch genommen werden:

Sportveranstaltungen	· Start-/Teilnahmegebühren für Sportveranstaltungen
Kurse	· weiterer zertifizierter Gesundheitskurs, wenn bereits zwei im Teilnahmezeitraum bezuschusst wurden · nicht zertifizierte Gesundheitskurse/-programme
Vorsorge	· weiterer Check-up vor dem Alter von 35 Jahren · zytologische und blutserologische Testverfahren · Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung
weitere Leistungen	· professionelle Zahnreinigungen · Sehhilfen/Hörhilfen · individuelle Gesundheitsleistungen aus dem IGeL-Monitor · Leistungen aus dem Hufelandverzeichnis · erweiterte zahnmedizinische Leistungen · erweitertes Schwangerschaftspaket · Erweiterung der satzungsmäßigen Bezuschussung von Osteopathie/Naturheilverfahren · Fitnessarmbänder
Versicherungen	· Zuschuss zu Beiträgen für private Zusatzversicherungsverträge

Die Leistungen sind vollständig im Teilnahmezeitraum in Anspruch zu nehmen. Zur Nutzung des Guthabens müssen die teilnehmenden Versicherten die erhaltenen Leistungen und deren vorgeleistete Kosten in Form eines Rechnungsnachweises spätestens bis zum 31. des auf den Teilnahmezeitraum folgenden Monats bei der KNAPPSCHAFT zur Erstattung einreichen. Ein etwaiges Restguthaben verfällt zum Ende des Teilnahmezeitraums, ein Übertrag in einen nächsten Teilnahmezeitraum ist nicht möglich.

Für im Teilnahmezeitraum von gesund**Plus** in Anspruch genommene Maßnahmen des § 68 Absätze 2 und 3 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird kein Bonus gezahlt.

§ 69
Kooperation mit PKV-Unternehmen

Ergänzend zu ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag übernimmt es die KNAPPSCHAFT, den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Versicherungsunternehmen zu vermitteln (§ 194 Absatz 1 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, § 47 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch). Einzelheiten, insbesondere über Gegenstand, Inhalt und Modalitäten der hierfür in Betracht kommenden Versicherungsangebote entscheidet der Vorstand.

Vierter Abschnitt

Übergangsbestimmung

§ 70
Übergangsbestimmung

Für Versicherungsfälle, die vor In-Kraft-Treten dieser Satzung eingetreten sind, werden Leistungen nach dem bisherigen Satzungsrecht gewährt, soweit das für die Berechtigten günstiger ist.

Dritter Teil

Pflegeversicherung

Erster Abschnitt

Name und Aufgaben

§ 71
Name

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Pflegeversicherung unter dem Namen KNAPPSCHAFT durch (§ 147 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 72
Aufgaben

(1) Die KNAPPSCHAFT als Träger der Krankenversicherung nimmt für die Pflegeversicherung Aufgaben auf Bundesebene sowie die Aufgaben eines Landesverbandes und auf örtlicher Ebene die Aufgaben einer Pflegekasse wahr (§§ 52 Absätze 1 und 2, 53 Elftes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Die KNAPPSCHAFT als Träger der Pflegeversicherung hat insbesondere die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Im Interesse ihrer Versicherten arbeitet die Pflegeversicherung mit der Krankenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung im Rahmen des Verbundsystems sowie mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirkt auf alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Krankenbehandlung hin.

(3) Die KNAPPSCHAFT als Träger der Pflegeversicherung unterstützt Versicherte in ihrer Eigenverantwortung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Aufklärung und Beratung, die sich auf die Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten, die Pflegebedürftigkeit zur Folge haben, erstrecken.

(4) Zur Gewährleistung, zur Weiterentwicklung und zum Ausbau der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen wirkt die Pflegeversicherung mit Ländern und Pflegeeinrichtungen eng zusammen und fördert die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung.

Zweiter Abschnitt

Versicherter Personenkreis

§ 73
Zuständigkeit der KNAPPSCHAFT

(1) Die Mitglieder der Krankenversicherung sind Mitglieder der Pflegeversicherung, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.

(§ 20 Absätze 1 bis 3 in Verbindung mit § 48 Absatz 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

(2) Mitglieder in der Pflegeversicherung sind sonstige Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, sofern sie die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen und die Mitgliedschaft bei der Pflegeversicherung gewählt haben oder die Krankenversicherung mit der Leistungserbringung im Krankheitsfalle beauftragt ist.

(§ 21 in Verbindung mit § 48 Absatz 2 und 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

(3) Ehegatten, Lebenspartner (§ 33 b Erstes Buch Sozialgesetzbuch) und die Kinder der Mitglieder sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind in der Pflegeversicherung versichert, wenn die Voraussetzungen des § 25 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

(§ 48 Absatz 1 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 74
Weiterversicherung

In der Pflegeversicherung können sich auf Antrag freiwillig weiterversichern, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Personen, die als Mitglieder aus der bestehenden Versicherungspflicht ausgeschieden sind,

2. Personen, für die eine Familienversicherung endet oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 25 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch vorliegen,

3. Personen, die wegen Verlegung ihres Wohnsitzes oder dauernden Aufenthaltes im Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden.

(§ 26 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 75
Freiwilliger Beitritt

Der Pflegeversicherung können auf Antrag freiwillig beitreten, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, die in § 26 a Absätze 1 bis 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Personen.

(§ 26 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 76
Ende der Mitgliedschaft
Weiterversicherter bei Austrittserklärung

Für das Ende der Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung bei Weiterversicherten gilt § 47 der Satzung entsprechend.

(§ 49 Absatz 3 Nummer 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Dritter Abschnitt

Leistungen der Pflegeversicherung

§ 77
Leistungsarten

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen. (§ 28 Absätze 1, 1a und 1b Elftes Buch Sozialgesetzbuch, § 28a Elftes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 77 a
Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 Elftes Buch Sozialgesetzbuch oder einer darauf beruhenden Familienversicherung nach § 25 Elftes Buch Sozialgesetzbuch missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch für Personen, die ihren Wohnsitz aus einem EWR-Staat oder aus der Schweiz heraus in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches verlegen und die Vorversicherungszeit nach § 33 Absatz 2 Nummer 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllen.

(2) Mit der Anzeige für eine Versicherung im Sinne von Absatz 1 hat die betreffende Person zu bestätigen, dass der Wohnsitz beziehungsweise der ständige Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches nicht deshalb begründet wird, um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen.

(3) Werden in einer Versicherung im Sinne von Absatz 1 Leistungen missbräuchlich in Anspruch genommen, können die hierfür entstandenen Kosten unter Beachtung der §§ 45 und 50 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch vom Versicherten zurückgefordert werden.

§ 78
Pflegehilfsmittel

Die KNAPPSCHAFT überlässt die erforderlichen technischen Pflegehilfsmittel, von begründeten Ausnahmen abgesehen, leihweise. Dabei werden die regionalen Gegebenheiten berücksichtigt.

(§ 40 Absatz 3 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 78a
Kooperation mit PKV-Unternehmen

§ 69 der Satzung gilt entsprechend.

(§ 47 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Vierter Teil

Rentenversicherung

Erster Abschnitt

Allgemeine Rentenversicherung

§ 79
Zuständigkeit

(1) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist gemäß § 129 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zuständig, wenn die Versicherten

a) beim Bundeseisenbahnvermögen

b) bei der Deutschen Bahn Aktiengesellschaft oder den gemäß § 2 Absatz 1 des Deutsche Bahn Gründungsgesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378, 2386) ausgegliederten Aktiengesellschaften,

c) bei Unternehmen, die gemäß § 3 Absatz 3 des genannten Gesetzes aus den Aktiengesellschaften ausgegliedert worden sind, von diesen überwiegend beherrscht werden und unmittelbar und überwiegend Eisenbahnverkehrsleistungen erbringen oder eine Eisenbahninfrastruktur betreiben,

d) bei den Bahn-Versicherungsträgern, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und dem Bahnsozialwerk,

e) in der Seefahrt (Seeschifffahrt und Seefischerei) oder

f) bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

beschäftigt sind.

(2) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist gemäß § 129 Absatz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch auch zuständig für selbständig Tätige, die als Seelotse, Küstenschiffer oder Küstenfischer versicherungspflichtig sind.

(3) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist gemäß § 130 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch für die Durchführung der Versicherung und für Leistungen zuständig, wenn ein Beitrag aufgrund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit nach § 129 Absatz 1 oder Absatz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch gezahlt worden ist.

(4) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung bleibt für Beschäftigte gemäß § 273 Absatz 5 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zuständig, die am 31. Dezember 1993 nach § 3 der Satzung der damaligen Bundesbahnversicherungsanstalt bei diesem Versicherungsträger versichert waren und nicht zu dem Personenkreis gehören, für den die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemäß § 129 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zuständig ist.

(5) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist gemäß § 127 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch darüber hinaus zuständig, wenn ab 1. Januar 2005 durch die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bei der Vergabe der Versicherungsnummer als zuständiger Rentenversicherungsträger in der allgemeinen Rentenversicherung festgelegt worden ist.

(6) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist auch für die Hinterbliebenen der in den Absätzen 1 bis 5 genannten Versicherten zuständig.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist gemäß § 126 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 127a Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch als Verbindungsstelle im über- und zwischenstaatlichen Recht zuständig. Darüber hinaus ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nummer 883/2004 gemäß § 127a Absatz 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch als Verbindungsstelle für den Bereich der Vorruhestandsleistungen zuständig.

Zweiter Abschnitt

Knappschaftliche Rentenversicherung

§ 80
Zuständigkeit

(1) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist gemäß § 133 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zuständig, wenn die Versicherten

a) in einem knappschaftlichen Betrieb (§ 134 Absatz 1 bis 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch) beschäftigt sind,

b) ausschließlich oder überwiegend knappschaftliche Arbeiten (§ 134 Absatz 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch) verrichten oder

c) bei Arbeitnehmerorganisationen oder Arbeitgeberorganisationen, die berufsständische Interessen des Bergbaus wahrnehmen, oder bei den Bergämtern, Oberbergämtern oder bergmännischen Prüfstellen, Forschungsstellen oder Rettungsstellen beschäftigt sind und für sie vor Aufnahme dieser Beschäftigung fünf Jahre Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden sind.

(2) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist gemäß § 136 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch für die Durchführung der Versicherung unter Beachtung des § 137 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und für Leistungen zuständig, wenn ein Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist oder gemäß § 135 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch eine Nachversicherung in der knappschaftlichen Rentenversicherung durchzuführen ist.

(3) Für Beschäftigte ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung gemäß § 273 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch auch zuständig, wenn die Versicherten aufgrund der Beschäftigung in einem nichtknappschaftlichen Betrieb bereits vor dem 1. Januar 1992 bei der Bundesknappschaft versichert waren, solange diese Beschäftigung andauert. Werden Beschäftigte in einem Betrieb oder Betriebsteil, für dessen Beschäftigte die Bundesknappschaft bereits vor dem 1. Januar 1992 zuständig war, infolge einer Verschmelzung, Umwandlung oder einer sonstigen Maßnahme innerhalb von 18 Kalendermonaten nach dieser Maßnahme in einem anderen Betrieb oder Betriebsteil des Unternehmens tätig, bleibt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die Dauer dieser Beschäftigung zuständig.

(4) Beschäftigte der Bundesknappschaft sind gemäß § 273 Absatz 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 30. September 2005 in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert. Für Versicherte, die am 30. September 2005 bei der Bundesknappschaft beschäftigt und in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, bleibt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung gemäß § 273 Absatz 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch für die Dauer dieser Beschäftigung zuständig. Dies gilt auch für Beschäftigte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, deren Beschäftigung unmittelbar an ein am 30. September 2005 bei der Bundesknappschaft bestehendes Ausbildungsverhältnis anschließt.

(5) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist auch für die Hinterbliebenen der in Absätzen 1 bis 4 genannten Versicherten zuständig.

(6) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist gemäß § 136 a Sechstes Buch Sozialgesetzbuch als Verbindungsstelle im über- und zwischenstaatlichen Recht zuständig. Im Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nummer 883/2004 gilt dies auch für Vorruhestandsleistungen.

§ 81
Knappschaftliche Arbeiten

(1) Knappschaftliche Arbeiten im Sinne von § 133 Nummer 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch sind Arbeiten, die räumlich und betrieblich mit einem Bergwerksbetrieb zusammenhängen, aber von einem anderen Unternehmer ausgeführt werden (§ 134 Absatz 4 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Montagearbeiten unter Tage sind knappschaftliche Arbeiten, wenn sie die Dauer von drei Monaten überschreiten.

(3) Ist bei Beginn der Untertagearbeiten zu übersehen, dass die Montagearbeiten unter Tage länger als drei Monate dauern werden, besteht Versicherungspflicht in der Knappschaftsversicherung von Anfang an.

(4) Ist bei Beginn der Montagearbeit unter Tage Versicherungspflicht in der Knappschaftsversicherung bejaht worden und endet wider Erwarten die Montagearbeit unter Tage vor Ablauf von drei Monaten, so verbleibt es bei der Versicherung in der Knappschaftsversicherung.

(5) Ist bei Beginn der Montagearbeit unter Tage Versicherungspflicht in der Knappschaftsversicherung verneint worden, dauert die Montagearbeit unter Tage jedoch entgegen der vorausschauenden Beurteilung länger als drei Monate, so tritt Versicherungspflicht in der Knappschaftsversicherung von dem Zeitpunkt an ein, in dem zu erkennen ist, dass die Montagearbeit unter Tage länger als drei Monate dauern wird.

(6) Verrichtet ein Versicherter nacheinander in verschiedenen knappschaftlichen Betrieben Montagearbeiten unter Tage für die Dauer von jeweils weniger als drei Monaten, so sind diese Beschäftigungszeiten bei Prüfung, ob Versicherungspflicht in der Knappschaftsversicherung besteht, zusammenzuziehen. Versicherungspflicht in der Knappschaftsversicherung besteht von dem Zeitpunkt an, zu dem sich bei vorausschauender Beurteilung ergibt, dass Montagearbeiten unter Tage insgesamt länger als drei Monate ausgeübt werden.

Dritter Abschnitt

Weitergeltung von Vorschriften der Satzung der Reichsknappschaft

§ 82
Berechnung der Renten

(1) Die §§ 42 und 52 der Satzung der Reichsknappschaft vom 2. Juli 1941 sind Bestandteil dieser Satzung (Anlage 5).

(2) Die Zuteilung der Versicherten der ehemaligen Saarknappschaft und ihrer Rechtsvorgänger zu den Klassen I bis VII der Angestelltenabteilung der ehemaligen Saarknappschaft erfolgt für die Zeit vom 1. Januar 1924 bis 31. Dezember 1925 nach ihrer jeweiligen Tätigkeit.

Die Angestellten werden nach Beschäftigungsgruppen in folgende Klassen aufgeteilt:

Klasse I	Anwärter, Bürogehilfen, Assistentinnen, Kleinkinderschullehrerinnen, Weibliche Angestellte,	bis zu 6 Jahren Dienstzeit
Klasse II	Assistentinnen, Kleinkinderschullehrerinnen, Weibliche Angestellte, Untere Werksangestellte, Assistenten, Vertragsangestellte, Hilfstechniker,	über 6 Jahre Dienstzeit
Klasse III	Sekretäre, Vermessungsassistenten, Vermessungszeichner,	
Klasse IV	Steiger, Maschinentechniker, Tagessteiger, Vermessungstechniker, Maschinensteiger, Schalttafelmeister, Bausteiger, Obersekretäre, Ökonomiesteiger, Mittelvolksschullehrer, Techniker, Mittelvolksschullehrerinnen, Bautechniker,	
Klasse V	Fahrsteiger, Ökonomieverwalter, Obermaschinensteiger, Inspektoren, Bausteiger im Grade des Fahrsteigers Verkehrsmeister, Materialverwalter	
Klasse VI	Obersteiger, Oberinspektoren, Bauwerkmeister, Inspektionskassierer, Maschinenwerkmeister, Hauptlehrer,	
Klasse VII	Markscheider, Oberamtmänner, Amtmänner	

(3) Absatz 2 gilt auch für Versicherte mit Beitragsmonaten bei elsaß-lothringischen Angestelltenpensionskassen. Für die Zuteilung für die Beitragsklassen der Pensionsversicherung der Angestellten in der Zeit vom 1. Dezember 1918 bis 31. Juli 1921 gilt § 11 der Ersten Verordnung zur Ergänzung der Verordnung über die Durchführung der Sozialversicherung in Lothringen vom 5. Dezember 1940 (Amtliche Nachrichten 1940 Seite II 58/59) entsprechend.

Vierter Abschnitt

Seemannskasse

§ 82 a
Aufgabe

Aufgabe der Seemannskasse ist die Gewährung eines Überbrückungsgeldes nach Vollendung des 55. Lebensjahres sowie einer Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze an die bei ihr versicherten Seeleute, Küstenschiffer und Küstenfischer, die aus der Seefahrt ausgeschieden sind (§ 137 b Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 82 b
Vermögen

(1) Das Vermögen der Seemannskasse verwaltet die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Sondervermögen getrennt von ihrem sonstigen Vermögen (§ 137 c Absatz 2 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

(2) Die Haftung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für Verbindlichkeiten der Seemannskasse ist auf das Sondervermögen der Seemannskasse beschränkt; dieses haftet nicht für Verbindlichkeiten der übrigen Aufgabenbereiche der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 137 c Absatz 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 82 c
Satzung

Auf der Grundlage des für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Übrigen geltenden Rechts hat die Satzung der Seemannskasse insbesondere zu regeln:

1. das Nähere zu den organisatorischen Grundlagen,

2. den versicherten Personenkreis,
3. die Voraussetzungen und den Umfang der Leistungsgewährung,
4. die Aufbringung der Mittel.

§ 82 d
Beirat für die Angelegenheiten der Seemannskasse

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bildet für die Angelegenheiten der Seemannskasse einen Beirat, der paritätisch aus Vertreterinnen oder Vertretern der Unternehmen und Vertreterinnen oder Vertretern der in der Seemannskasse versicherten Seeleute besetzt ist. Der Beirat berät die Selbstverwaltungsorgane und wirkt an ihren Entscheidungen nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Satzung sowie der Satzung der Seemannskasse mit (§ 137 e Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

Fünfter Teil

Aufbringung der Mittel und Bildung der Rücklage

Erster Abschnitt

Gemeinsame Bestimmungen

§ 83
Beitragsbemessung

(1) Die Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden in Vomhundertsätzen der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Höhe der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze erhoben. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen. Sind Beiträge nur für einen Teil des Monats zu erheben (Teilentgeltzahlungszeitraum), ist die Beitragsberechnung unter Berücksichtigung einer entsprechend der Zahl der beitragspflichtigen Kalendertage gekürzten Beitragsbemessungsgrenze vorzunehmen. Die Beitragsbemessung ergibt sich in der gesetzlichen Krankenversicherung aus den §§ 23 a Viertes Buch Sozialgesetzbuch, 226 bis 230, 232a, 234, 235 bis 240 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, in der sozialen Pflegeversicherung aus § 57 Absätzen 1, 2, 4 und 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und in der gesetzlichen Rentenversicherung aus den §§ 162, 163, 165 und 166 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Für Seeleute gelten als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag 1/30 des nach § 92 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit dem § 233 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch festgesetzten monatlichen Durchschnittsentgelts (bares Arbeitsentgelt, durchschnittlicher Geldwert der regelmäßigen Nebeneinnahmen einschließlich der Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit und Beköstigungssatz) sowie der auf den Kalendertag entfallende Teil des Vorruhestandsgeldes.

(3) Ist für Seeleute ein Durchschnittsentgelt nach § 92 Absatz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch und Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit nicht festgesetzt, gelten als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag das tatsächliche erzielte bare Arbeitsentgelt im Sinne des § 92 Absatz 5 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch und Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit zuzüglich 1/30 des festgesetzten Beköstigungssatzes (§ 233 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(4) Die Beiträge der pflichtversicherten selbständigen Küstenschiffer und Küstenfischer werden nach den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdiensten berechnet, die für diese Personengruppen in der gesetzlichen Unfallversicherung festgesetzt werden (§ 165 Absatz 1 Nummer 5 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch.) Die Versicherten tragen die Beiträge allein (§ 169 Nr. 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 84
Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung und weitere Mitgliedergruppen

Die Bemessung der Beiträge für

- freiwillig Versicherte,
- Personen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
- Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und § 49 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhalten bleibt,
- Rentenantragsteller,
- Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist,

richtet sich ab dem 1. Januar 2009 nach den „Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ des GKV-Spitzenverbandes (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) in der jeweils geltenden Fassung.

(§§ 239 Satz 1, 240 Absatz 1 Satz 1, 254 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
§ 23 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 84a
- nicht besetzt -

§ 85
Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte, sonstige Personen, Weiterversicherte und Beigetretene

§ 84 der Satzung gilt entsprechend für freiwillig Krankenversicherte, für sonstige Personen nach § 21 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, für Weiterversicherte nach § 26 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und Beigetretene nach § 26 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

(§ 57 Absatz 4 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 240 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 86
- nicht besetzt -

§ 87
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Die Beiträge sind an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu entrichten.

(2) Laufende Beiträge, die geschuldet werden und nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Sonstige Beiträge werden spätestens am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind, soweit in § 23 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(§ 23 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch)

(3) Von Arbeitgebern, die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind, können Vorschüsse auf die Beiträge erhoben werden. Das Gleiche gilt, wenn die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen.

(§ 28 e Absatz 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 88
Beitragsnachweis

Der Beitragsnachweis (§ 28 f Absatz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) ist spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge zu übermitteln. Wird der Beitragsnachweis nicht rechtzeitig übermittelt, so sind die beitragspflichtigen Einnahmen zu schätzen.

§ 89
Beitragssätze der Krankenversicherung

Der allgemeine und ermäßigte Beitragssatz der Krankenversicherung werden durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt. Maßgebend ist die Rechtsverordnung der Bundesregierung in der jeweils geltenden Fassung.

(§§ 241, 243 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zweiter Abschnitt

Beiträge zur Krankenversicherung

§ 90
Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 2,2 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 91
Prämienzahlung

- nicht besetzt -

§ 92
Erstattung von Beiträgen aus der Rente

Die Beitragserstattung erfolgt auf Antrag nachträglich für das abgelaufene Kalenderjahr.

(§§ 231 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, 57 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Dritter Abschnitt

Rücklage der Krankenversicherung

§ 93
Rücklagesoll

Zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung wird eine Rücklage gebildet. Diese beträgt ab dem Jahr 2023 20 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

(§ 261 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Sechster Teil

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 94
Regelung der Ausgleichsangelegenheiten

Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz sind in der Anlage 6 dieser Satzung geregelt. Die Anlage 6 ist Bestandteil dieser Satzung.

Siebter Teil

Renten-Zusatzversicherung

§ 95
Renten-Zusatzversicherung

(1) Die Angelegenheiten der Renten-Zusatzversicherung sind in Anlage 7 zu dieser Satzung geregelt. Die Anlage 7 ist Bestandteil dieser Satzung.

(2) Die §§ 31 bis 74 der Anlage 7 („Teil C“) nebst Anmerkungen, Ausführungsbestimmungen und den Übergangsbestimmungen A bis E enthalten das gemäß Artikel 80, 81 und 83 des Gesetzes zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung übergeleitete Satzungsrecht der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt in der Fassung vom 21. September 2005. Diese Bestimmungen gelten nur noch, wenn die Mitgliedschaft in der „Abteilung B“ der ehemaligen Bundesbahn-Versicherungsanstalt vor dem 1. August 1979 geendet hat.

(3) Die übrigen Vorschriften der Anlage 7 gelten in ihrer jeweiligen Fassung.

(4) Soweit Regelungen der Anlage 7 die vor dem 1. Oktober 2005 beziehungsweise vor dem 1. Januar 1994 geltenden Namen und Bezeichnungen verwenden, sind diese im Sinne der Namen und Bezeichnungen zu verstehen, die mit In-Kraft-Treten dieser Satzung Geltung erlangen.

§ 96
Normenkonkurrenz

Ergibt sich zwischen einer Norm der Anlage 7 der Satzung und einer sonstigen Satzungsbestimmung ein anders nicht aufzulösender Widerspruch, geht die Regelung der Anlage 7 grundsätzlich vor.

Achter Teil

Förderprogramme und Förderprojekte des Bundes oder vom Bund administrierte Förderprogramme

§ 97
Fachstelle für Fördermittel des Bundes

Für die der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See übertragene Aufgabe der Administration und Prüfung von Förderprogrammen und Förderprojekten des Bundes oder von vom Bund administrierten Förderprogrammen (§ 7 Gesetz zur Errichtung der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) wird die Fachstelle für Fördermittel des Bundes mit Sitz in Cottbus eingerichtet.

Neunter Teil

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 98
Bekanntmachung

(1) Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und deren Änderungen werden im Internet - auf der Internetseite www.kbs.de - öffentlich bekanntgemacht und nachrichtlich im Kompass veröffentlicht. Änderungen der Satzung werden zusätzlich in der „HANSA“ und sofern sie Angelegenheiten der Renten-Zusatzversicherung betreffen (§§ 29, 38, 95 und 96 sowie Anlage 7 der Satzung) im Verkehrsblatt der Bundesrepublik Deutschland nachrichtlich bekannt gemacht.

(2) Die Veröffentlichung der wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung der Krankenversicherung nach § 305b SGB V in Verbindung mit § 38 Absatz 3 SRVwV erfolgt bis zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, im Internet auf der Internetseite www.kbs.de und im Kompass. In der Mitgliederzeitschrift tag ist im Rahmen eines redaktionell gestalteten Artikels, in dem in verkürzter Form die wesentlichen Inhalte des Jahresergebnisses dargestellt werden, auf die vorstehend aufgeführten Veröffentlichungen hinzuweisen.

(3) Sonstige Bekanntmachungen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erfolgen im Internet - auf der Internetseite www.kbs.de - und nachrichtlich im Kompass.

§ 99
Inkrafttreten

(1) Die Satzung tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung im Kompass, frühestens am 01. Oktober 2005 in Kraft.

(2) Mit dem Inkrafttreten dieser Satzung tritt die Satzung der Bundesknappschaft vom 21. Dezember 1970 in der Fassung des 111. Nachtrages vom 05. Juli 2005 außer Kraft.

(3) Änderungen der Satzung treten am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Internet - auf der Internetseite www.kbs.de - in Kraft, sofern der Tag ihres Inkrafttretens nicht ausdrücklich bestimmt wird.