

7. Nachtrag

zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung

Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 01.10.2005 in der Fassung des 5. Satzungsantrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

- a) die Überschrift Zweiter Teil in „Krankenversicherung“
- b) § 64 „Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungen in Ländern, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der System der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist“
- c) § 66a „Wahltarif Selbstbehalt“
- d) § 66b „Wahltarif Prämienzahlung“
- e) § 66c „Wahltarife für besondere Versorgungsformen“
- f) § 67a „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“
- g) § 84 „Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung“
- h) § 90 „Beitragssätze der Krankenversicherung“

2. § 2 Abs. 1 und Abs. 2 wird wie folgt geändert :

„§ 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 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie § 46 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch i. V. m. §§ 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 Bahnver-

sicherungsanstalt, Artikel 80 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung).

(3) ...“

3. § 7 Abs. 5 Ziffer 4, 5 und Abs. 6 wird wie folgt geändert:

**„§ 7
Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung**

(1) - (4) ...

(5) ...

4. die Einstellung, Höhergruppierung und Entlassung von Beschäftigten, mit Ausnahme der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, in Entgeltgruppen, deren Tätigkeit nach den Tätigkeitsmerkmalen mindestens den Tätigkeiten im Eingangsamts der Laufbahn des höheren Dienstes vergleichbar ist,

5. die Festsetzung von Beiträgen zur Knappschaft über 11 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

(6) In Angelegenheiten der Knappschaft dürfen Beschlüsse in den Selbstverwaltungsorganen nicht gegen die Mehrheit ihrer von der ehemaligen Bundesknappschaft benannten Mitglieder jeweils in den Gruppen der Versicherten und der Arbeitgeber gefasst werden. Die Geschäftsordnungen der Selbstverwaltungsorgane bestimmen das Nähere.

(7) - (10) ...“

4. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

**„§ 13
Ausschüsse der Vertreterversammlung**

(1) Für die Sozialversicherungswahlperiode 2005/2011 werden folgende Ausschüsse zur Vorbereitung von Beschlüssen (Beratungsausschüsse) gebildet:

- Ausschuss für Haushalts-/ Finanzangelegenheiten einschl. Arbeitgeberversicherung Krankheit / Mutterschaft
- Ausschuss für Rechts- und Grundsatzfragen/Satzungsangelegenheiten (ohne Renten-Zusatzversicherung)
- Ausschuss für Rechnungsprüfung/Abnahme der Jahresrechnung
- Ausschuss für Angelegenheiten der Renten-Zusatzversicherung

(2) - (4) ...“

5. § 15 Ziffer 15 und 31 wird wie folgt geändert:

**„§ 15
Aufgaben des Vorstandes**

1. - 14. ...

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 Eingangssamt der Laufbahn des höheren Dienstes vergleichbar sind mit Ausnahme der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und der in den Eigenbetrieben der Knappschaft beschäftigten Oberärztinnen und Oberärzte,

16. - 30. ...

31. Errichtung von Gebäuden, soweit diese sich im Eigentum der Knappschaft befinden, Vorschlag zur Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung,

32. - 38. ...“

6. § 18 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

**„§ 18
Vertretungsbefugnis des Vorstandes**

(1)...

(2) Rechtsverbindliche Erklärungen des Vorstandes werden durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden, im Verhinderungsfall der oder des Vorsitzenden, durch die erste stellvertretende Vorsitzende oder den ersten stellvertretenden Vorsitzenden, im Verhinderungsfall auch der ersten stellvertretenden Vorsitzenden oder des ersten stellvertretenden Vorsitzenden durch die zweite stellvertretende Vorsitzende oder den zweiten 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:
„Der Vorstand der Knappschaft“

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

(3) - (5) ...“

7. § 19 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

**„§ 19
Ausschüsse des Vorstandes**

(1) Für die Sozialversicherungswahlperiode 2005/2011 werden folgende Beratungsausschüsse gebildet:

- Ausschuss für Rechts- und Grundsatzfragen/Rentenversicherung und Rehabilitation einschließlich Kliniken
- Ausschuss für Angelegenheiten der Knappschaft einschließlich Knappschaftskrankenhäuser
- Ausschuss für Personalangelegenheiten
- Ausschuss für Bau-/Verwaltungs- und Organisationsangelegenheiten

- Ausschuss für Finanzangelegenheiten
- Ausschuss für Angelegenheiten der Renten-Zusatzversicherung

(2) - (4) ...“

8. § 20 Abs. 4 Ziffer 2 und Abs. 5 wird wie folgt geändert:

**„§ 20
Geschäftsführung**

(1) bis (3) ...

(4) Den Mitgliedern der Geschäftsführung obliegen insbesondere

1. ...

2. die Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten und in den Eigenbetrieben der Knappschaft beschäftigten Oberärztinnen und Oberärzten sowie von Beschäftigten in Entgeltgruppen die den Laufbahnen des einfachen, mittleren oder gehobenen Dienstes entsprechen,

3. – 12. ...

(5) Die Mitglieder der Geschäftsführung zeichnen

a) in Angelegenheiten der Knappschaft:
„Die Geschäftsführung der Knappschaft

Erste Direktorin/Erster Direktor“

oder

„Die Geschäftsführung der Knappschaft

Direktorin/Direktor“

b) in den weiteren Angelegenheiten mit ihrer Amtsbezeichnung. Die/Der Vorsitzende der Geschäftsführung führt die Amtsbezeichnung „Erste Direktorin/Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“, die übrigen Mitglieder der Geschäftsführung führen die Amtsbezeichnung „Direktorin/Direktor bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“.

(6) ...“

9. Die Überschrift Zweiter Teil wird geändert in „Krankenversicherung“

10. § 43 wird wie folgt geändert:

**„§ 43
Name**

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung unter dem Namen Knappschaft durch (§ 167 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).“

11. § 44 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

**„§ 44
Aufgaben**

(1) ...

(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 allen berufsständischen Organisationen und Einrichtungen des Bergbaus, insbesondere der Bergbau-Berufsgenossenschaft, und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.“

12. § 45 Ziffer 13 wird wie folgt geändert:

**„§ 45
Versicherungspflichtige Mitglieder**

Als versicherungspflichtige Mitglieder sind in der Krankenversicherung versichert,

1. - 12. ...

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder in § 6 Abs. 1 oder 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(§ 5 Abs. 1 Nrn. 1 bis 2 a, 4 bis 13, § 173, § 174 Abs. 5, § 189 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“

13. § 45 Abs. 2 wird gestrichen.

14. § 46 Ziffer 3 wird wie folgt geändert:

**„§ 46
Freiwillige Mitglieder**

Der Krankenversicherung können freiwillig beitreten, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind:

1. - 2. ...

3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, sofern sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

aus den Nummern 5 - 6 werden die Nummern 4 - 5.

(§§ 9 Abs. 1, 173 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“

15. § 52 wird wie folgt geändert:

„§ 52 Primärprävention

Die Knappschaft gewährt ihren Versicherten Leistungen zur Primärprävention auf Grundlage des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 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

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur vollwertigen und ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Kurs zur Gewichtsreduktion für Übergewichtige)

Stressreduktion / Entspannung

- Maßnahmen zur Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken (Stressbewältigungs- und Entspannungskurse)

Suchtmittelkonsum

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol und zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Versicherte der Knappschaft können eigene Präventionskurse kostenfrei in Anspruch nehmen. Bei Inanspruchnahme von Kursen anderer Anbieter, die dem Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen genügen, erhalten Versicherte einen Zuschuss von maximal 80,00 Euro, wenn die regelmäßige Teilnahme nachgewiesen wird. Eine inhaltsgleiche Kursmaßnahme kann einmal je Kalenderjahr bezuschusst werden.“

(§ 20 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

16. § 56 Abs. 2 Ziffer 2 wird wie folgt geändert:

**„§ 56
Stationäre Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

(1) ...

(2) 1. ...

2. eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von der Pflegeversicherung erbracht.“

17. § 59 wird wie folgt neu gefasst:

**„§ 59
Krankenhausbehandlung und stationäre Entbindung**

(1) Für die in Absatz 2 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 (erweiterter Leistungsanspruch).

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. 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) Pflicht- und freiwillig versicherte Mitglieder sowie deren familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner (§ 1 Absatz 1 LPartG) haben einen erweiterten Leistungsanspruch nach Absatz 1, wenn dieser bereits am 31. März 2007 bestanden hat. Dies gilt auch für die bei der Knappschaft familienversicherten Kinder, sofern diese spätestens am 31. März 2007 das 18. Lebensjahr vollendet haben. Der Leistungsanspruch nach Satz 1 endet für das Mitglied und seine anspruchsberechtigten familienversicherten Angehörigen auf Dauer entweder

- mit Wirksamwerden der Kündigung der Mitgliedschaft bei der Knappschaft oder
- mit Ablauf des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied durch schriftliche Erklärung die Beendigung des Leistungsanspruches nach Satz 1 der Knappschaft anzeigt.

Darüber hinaus entfällt der Leistungsanspruch nach Satz 1 auf Dauer, wenn nach dem 31. März 2007 eine Mitgliedschaft oder Versicherung durchgeführt wird, die den Leistungsanspruch nach Satz 1 vorübergehend oder auf Dauer ausschließt.

- (3) Rentner und Rentenantragsteller, die zuletzt mit den Leistungsansprüchen nach Absatz 1 bei der Knappschaft versichert waren, können erklären, dass sich der Versicherungsschutz auf die in Absatz 1 genannten Leistungen erstrecken soll; hierfür wird ein zusätzlicher Beitrag erhoben. Die Erklärung wirkt auch für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner (§ 1 Absatz 1 LPartG) sowie die familienversicherten Kinder, sofern diese am 31. März 2007 nach Absatz 2 anspruchsberechtigt waren. Die Frist zur Abgabe der Erklärung gegenüber der Knappschaft beträgt drei Monate ab Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller oder Rentner. Die Erklärung wirkt vom Beginn der Mitgliedschaft an. Die bisher pflichtversicherten Rentenantragsteller und Rentner mit Aufstockungsversicherung sind weiterhin anspruchsberechtigt nach Absatz 1. Absatz 2 gilt entsprechend. Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 endet auf Dauer mit Ablauf des Kalendermonats, wenn die Beiträge zur Aufstockungsversicherung für zwei Monate nicht gezahlt wurden.
- (4) Für pflicht- und freiwillig versicherte Mitglieder gilt für die Beitragsbemessung § 90 Absatz 2; für pflichtversicherte Rentenantragsteller und Rentner gilt für die Ermittlung des zusätzlichen Beitrags nach Absatz 4 § 90 Absatz 4.

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

18. § 63 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 4 wird wie folgt geändert:

**„§ 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. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.
- (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) ...
- (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 sowie nicht stattfindende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 5,00 v.H., mindestens 2,50 EUR und höchstens 25,00 EUR zu kürzen.
- (5) - (6) ...“

19. § 64 Die Überschrift und Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„§ 64

Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungen in Ländern, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), 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 (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist. ...

(2) - (5) ...“

20. § 65 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„§ 65

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) - (6) ...“

21. § 66a wird neu eingefügt:

„§ 66a

Wahltarif Selbstbehalt“

(1) Volljährige Mitglieder können den Selbstbehalttarif wählen, wenn Sie keinen Wahltarif nach § 66b 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. Der Selbstbehalt gilt für die Aufwendungen des Mitglieds und der nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch mitversicherten Familienangehörigen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Die Wahl des Selbstbehalttarifs ist schriftlich unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen durch das Mitglied zu erklären. Die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt beginnt mit dem 1. Januar, der auf die Antragstellung folgt, und endet mit Ablauf des dritten Kalenderjahres. In besonderen Härtefällen kann die Teilnahme gekündigt werden. Die Fortführung der Teilnahme ist schriftlich zu erklären. Die Mitgliedschaft bei der Knapp-

schaft kann frühestens zum Ende der Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt gekündigt werden.

- (2a) Abweichend von Absatz 2 beginnt die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt frühestens zum 1. April 2007, sofern der Beitritt bis zum 30. Juni 2007 erklärt wird. Sie endet in diesem Fall am 31. Dezember 2010.
- (3) Beim Wahltarif Selbstbehalt bleiben nachfolgend aufgeführte Leistungen unberücksichtigt:
- Leistungen zur Krankheitsverhütung (§ 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21 und 22 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
 - Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Ebenfalls ausgenommen bleibt die Inanspruchnahme übriger Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- (4) Es werden folgende Selbstbehalttarife angeboten:
- a. Mitglieder mit einem Einkommen ab der Jahresarbeitsentgeltgrenze erhalten bei einem Selbstbehalt von 600,00 € im Kalenderjahr eine Prämienzahlung (Beitragsvergünstigung) in Höhe von 400,00 €
 - b. Mitglieder mit einem Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erhalten bei einem Selbstbehalt von 200,00 € im Kalenderjahr eine Prämienzahlung (Beitragsvergünstigung) in Höhe von 100,00 €

Ein Anspruch auf die Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Abs. 8 S. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden.

- (5) Die Prämienzahlung ist vom Mitglied jeweils bis zum 30. Juni nach Ablauf des Kalenderjahres, für den der Wahltarif Selbstbehalt gewählt wurde, schriftlich zu beantragen. Zum Zeitpunkt der Antragstellung muss eine ungekündigte Mitgliedschaft bei der Knappschaft bestehen. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Jahr der Antragstellung frühestens ab Monat Juli.

(§ 53 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

22. § 66b wird neu eingefügt:

**„§ 66b
Wahltarif Prämienzahlung“**

- nicht besetzt -

23. § 66c wird neu eingefügt:

**„§ 66c
Wahltarife für besondere Versorgungsformen**

- (1) Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch teilnehmen, erhalten auf Grundlage des § 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine Zuzahlungsermäßigung. Diese erfolgt durch Befreiung von der Zuzahlungspflicht nach § 28 Abs. 4 S. 1 in Verbindung mit § 61 S. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch im Bereich der ärztlichen Versorgung.
- (2) Versicherte, die an der integrierten Versorgung prosper/proGesund nach §§ 140a ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch teilnehmen, erhalten auf Grundlage des § 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine Zuzahlungsermäßigung. Für die Versicherten wird die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 S. 1 in Verbindung mit § 61 S. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ermäßigt durch Befreiung von der Zuzahlung der quartalsweise zu entrichtenden Praxisgebühr für die erste Inanspruchnahme eines Hausarztes/Facharztes, der durch die Knappschaft als Netzarzt zugelassen ist. Des Weiteren wird die Zuzahlung zur stationären Leistung im Netzkrankenhaus von maximal 28 Tagen auf 18 Tage ermäßigt. Die Zuzahlung beginnt mit dem 11. Krankenhaustag.

(§ 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

24. § 67 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 67 Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die Knappschaft führt zur Förderung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten hausarztzentrierte Versorgungsformen nach § 73b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch durch. Zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung schließt die Knappschaft Verträge mit einem oder mehreren der in § 73b Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten möglichen Vertragspartner.
- (2) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und an der Integrierten Vollversorgung prosper/proGesund ist ausgeschlossen.
- (3) Mit der Teilnahmeerklärung wählen die Versicherten aus dem Kreis der im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 eingebundenen Ärzte ihren koordinierenden Hausarzt. An diese Wahl sind sie mindestens ein Jahr gebunden (Mindestbindungszeit). Der innerhalb des Programms koordinierende Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. schwerwiegende Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses). In diesen Fällen beginnt mit der Wahl eines anderen koordinierenden Hausarztes eine neue einjährige Mindestbindungszeit. Ein Wechsel von der hausarztzentrierten Versorgung in die Integrierte Vollversorgung prosper/proGesund ist auch innerhalb der Mindestbindungszeit möglich.
- (4) Die Versicherten verpflichten sich schriftlich, während der Programmteilnahme nur den von ihnen nach Absatz 3 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte, Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie medizinische Notfälle. Ein wiederholtes Fehlverhalten führt zum Ausschluss der/des Versicherten aus der hausarztzentrierten Versorgung.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung. Eine Kündigung der Teilnahme durch Versicherte ist innerhalb der Mindestbindungszeit nur in Härtefällen möglich, in denen eine Fortführung des Programms aus

schwerwiegenden Gründen unmöglich oder unzumutbar ist (z. B. Praxis­schließung, Wohnortwechsel). Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Knappschaft schriftlich zu erklären.

- (6) Die Knappschaft informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Ärzte.“

25. § 67a wird neu eingefügt:

**„§ 67a
Besondere ambulante ärztliche Versorgung**

- (1) Die Knappschaft kann ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch Abschluss von Verträgen auf der Grundlage des § 73c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch anbieten. Gegenstand der Versorgung können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen.
- (2) Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (3) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.
- (4) Die/der Versicherte ist an die Verpflichtung nach Absatz 3 mindestens ein Jahr gebunden (Mindestbindungszeit). Der gewählte Arzt soll nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. schwerwiegende Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses). In diesen Fällen beginnt mit der Wahl eines anderen Arztes nach Abs. 3 eine neue einjährige Mindestbindungszeit. Ein Verstoß kann für die/den Versicherte/n zum Ausschluss aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung führen.
- (5) Eine Kündigung der Verpflichtungen nach den Absätzen 3 und 4 durch Versicherte ist innerhalb der Mindestbindungszeit nur in Härtefällen möglich, in denen eine Fortführung des Programms aus schwerwiegenden Gründen unmöglich oder unzumutbar ist (z. B. Praxis­schließung, Wohnortwechsel). Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Knappschaft schriftlich zu erklären.
- (6) Die Knappschaft führt ein Verzeichnis der auf Grundlage des § 73c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossenen Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Sie informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über Inhalt und Ziele der abgeschlossenen Verträge sowie über die an der jeweiligen besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.“

26. § 68 wird wie folgt neu gefasst:

**„§ 68
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Die Knappschaft gewährt ihren Versicherten, die das 15. Lebensjahres vollendet haben, einen Grundbonus, wenn sie die Teilnahme an

1. Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
2. Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
3. Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
4. Schutzimpfungen nach § 20d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

nachweisen. Für jede dieser Leistungen werden zehn Bonuspunkte gutgeschrieben.

Darüber hinaus wird ein Zusatzbonus von jeweils 5 Bonuspunkten für

5. eigene sportliche Aktivitäten (aktive Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein oder Fitnessstudio sowie der Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens),
6. den Besuch von knappschaftseigenen oder knappschaftlich organisierten Gesundheitsvorträgen mit präventivem Charakter,
7. die Wiederholung von Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
8. selbst bezahlte Schutzimpfungen

gewährt, sofern ein Nachweis erfolgt und mindestens ein Grundbonus vorliegt.

Der Bonus wird mit Erreichen von 30 Bonuspunkten fällig und kann einmal pro Kalenderjahr beansprucht werden. Ein Bonuspunkt entspricht einem Gegenwert von einem Euro. Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden zusätzlich erstattet. Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die Maßnahmen regelmäßig in Anspruch genommen werden. Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen den einzelnen Maßnahmen ein Zeitraum von nicht mehr als 24 Monaten liegt. Wird dieser Zeitraum überschritten, verfallen die bis dahin angesammelten Bonuspunkte.

(2) Die Knappschaft gewährt ihren Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres einen Bonus, wenn sie die Teilnahme an

1. Kinderuntersuchungen nach § 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
3. Schutzimpfungen nach § 20d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
4. eigenen sportliche Aktivitäten (aktive Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein oder Fitnessstudio sowie der Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens)

nachweisen.

Für jede dieser Leistungen werden 5 Bonuspunkte gutgeschrieben. Der Bonus wird mit Erreichen von 10 Bonuspunkten fällig und kann einmal pro Kalenderjahr beansprucht werden. Ein Bonuspunkt entspricht einem Gegenwert von einem Euro. Der Bonus wird in Form eines Wertgutscheins ausgezahlt, der bei einem Kooperationspartner der Knappschaft eingelöst werden kann. Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden zusätzlich erstattet.

Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die Maßnahmen regelmäßig in Anspruch genommen werden. Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen den einzelnen Maßnahmen ein Zeitraum von nicht mehr als 24 Monaten liegt. Wird dieser Zeitraum überschritten, verfallen die bis dahin angesammelten Bonuspunkte.

- (3) Die Knappschaft gewährt Arbeitgebern und deren versicherten Beschäftigten auf der Grundlage bedarfsgerecht abgestimmter und einer Evaluation zugänglicher ergänzender Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einen Bonus in Form eines Geldbetrages. Die Zahlung erfolgt nach entsprechendem Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an Maßnahmen der folgenden Handlungsbereiche:
1. Gruppenschulungen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit praktischen, arbeitsplatzbezogenen Übungseinheiten,
 2. Gruppenschulungen über eine gesundheitsgerechte und betriebliche Gemeinschaftsverpflegung mit dem Ziel einer individuellen Gewichtsreduktion,
 3. Gruppenschulungen auf der Basis einer kognitiven Verhaltenstherapie zur Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz,
 4. Gruppenschulungen auf der Basis einer kognitiven Verhaltenstherapie mit dem Ziel, durch eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu erhöhen,
 5. Gruppenschulungen zur Prävention von Suchterkrankungen.

Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn die/der Versicherte an mindestens 80 v.H. der angebotenen Einheiten teilgenommen hat. Der Bonus wird dem durchführenden Arbeitgeber nach Abschluss mindestens einer Maßnahme nach Satz 2 Nummern 1 bis 5 in Höhe eines Festbetrages von 30 Euro für jeden teilnehmenden versicherten Beschäftigten ausgezahlt. Dem betreffenden Beschäftigten wird ebenfalls ein Bonus von 30 Euro gewährt. Der jeweilige Bonus nach den Sätzen 4 und 5 wird nur einmal je Kalenderjahr gewährt. Die Knappschaft kann dem Arbeitgeber auf Antrag dessen Boni als pauschalierten Abschlag zahlen, wenn zugesichert wird, dass dieser Betrag zweckgebunden für die Ausgestaltung oder den Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt wird. Hierüber entscheidet der Vorstand. Der Abschlag ist mit dem zu gewährenden Bonus nach Satz 4 zu verrechnen.“

27. § 71 wird wie folgt geändert:

**„§ 71
Name**

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Pflegeversicherung unter dem Namen Knappschaft durch (§ 46 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 167 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).“

28. § 72 wird wie folgt neu gefasst:

**„§ 72
Aufgaben**

- (1) Die Knappschaft als Träger der Krankenversicherung nimmt für die Pflegeversicherung die Aufgaben eines Spitzen-, Bundes- und Landesverbandes und auf örtlicher Ebene die Aufgaben einer Pflegekasse wahr (§§ 52 Abs. 1 und 2, 53 Abs. 1 und 3 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.“

29. § 73 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 6 und Abs. 3 wird wie folgt geändert:

**„§ 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 Abs.1 bis 3 in Verbindung mit § 48 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)
- (2) Mitglieder in der Pflegeversicherung sind sonstige Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die
 1. bis 5. ...
 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 Abs. 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 Abs. 1 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)“

30. § 74 Satz 1 wird wie folgt geändert:

**„§ 74
Weiterversicherung**

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

1. bis 3. ...

(§ 26 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)“

31. § 75 wird wie folgt geändert:

**„§ 75
Freiwilliger Beitritt**

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

(§ 26 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)“

32. § 83 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

**„§ 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 Abs. 1, 2, 4 und 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und in der gesetzlichen Rentenversicherung aus den §§ 162, 163, 165 und 166 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch. § 84 der Satzung gilt entsprechend bei Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(2) - (3) ...“

33. § 84 Die Überschrift und Abs. 1, Abs. 4, Abs. 5 und Abs. 6 wird wie folgt geändert:

**„§ 84
Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung**

- (1) Die Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung richtet sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird bestimmt durch alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung.
...
- (2) bis (3) ...
- (4) Bei freiwilligen Mitgliedern, deren Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, sind für die Beitragsbemessung die Einnahmen beider Ehegatten zu Grunde zu legen. Soweit gemeinsame unterhaltsberechtignte Kinder ohne eigene Einnahmen, für die eine Familienversicherung nach § 10 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist, vorhanden sind, ist an dem Einkommen der Ehegatten je Kind ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Der so ermittelte Betrag wird halbiert und maximal bis zur Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die eigenen Einnahmen des Mitglieds den danach ermittelten Betrag übersteigen.
- (5) Für hauptberuflich selbständig Tätige gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), bei Nachweis geringerer Einnahmen jedoch mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße; bei Bezug eines Existenzgründungszuschusses nach § 421 I Drittes Buch Sozialgesetzbuch, eines Gründungszuschusses nach § 57 Drittes Buch Sozialgesetzbuch oder einer entsprechenden Leistung nach § 16 Zweites Buch Sozialgesetzbuch gilt mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Nachweis ist vom Versicherten zu führen. Veränderungen können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats wirksam werden.
- (6) Sofern und solange Einkommensnachweise trotz Aufforderung nicht erbracht werden, sind monatliche beitragspflichtige Einnahmen in der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde zu legen.“

34. § 88 Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 7 wird wie folgt geändert:

**„§ 88
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

(1) - (4) ...

- (5) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind.

(§ 256 Abs. 1 SGB V, § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)

- (6) Die Krankenversicherungsbeiträge der freiwilligen Mitglieder sowie der in §§ 83 Absatz 1 Satz 5, 87 der Satzung genannten Personen sowie die Beiträge der in § 59 Absatz 3 genannten Personen werden am 20. des Monats fällig, für den sie zu entrichten sind. Sofern Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und/oder Beitragspflicht zur Bundesagentur für Arbeit besteht und der Arbeitgeber Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung zahlt, gelten die in Absatz 2 getroffenen Regelungen für die Fälligkeit.
- (7) Für die Fälligkeit der Pflegeversicherungsbeiträge bei freiwillig Krankenversicherten, bei den in §§ 83 Absatz 1 Satz 5, 87 der Satzung genannten Personen, bei sonstigen Personen nach § 21 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, bei Weiterversicherten nach § 26 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sowie Beigetretenen nach § 26 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch gilt Absatz 6 entsprechend.“

35. § 90 Die Überschrift und Abs. 4 wird wie folgt geändert:

**„§ 90
Beitragssätze der Krankenversicherung**

- (1) - (3) ...

- (4) Der Beitragssatz beträgt für pflichtversicherte Angestelltenrentner bzw. -rentenantragsteller für die Leistungsansprüche nach § 59 Abs. 3 der Satzung 4,5 v.H.
der beitragspflichtigen Einnahmen.

(§§ 241, 241a, 242, 243 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“

36. § 93 wird wie folgt geändert:

**„§ 93
Rücklagesoll**

Zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung wird eine Rücklage gebildet. Diese beträgt im Jahr 2006 50 v.H. und ab dem Jahr 2007 25 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

(§ 261 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“

37. Die Anlage 3 der Satzung zu § 42, Ziffer 1.24 wird wie folgt geändert:

„Anlage 3 zu § 42 - Entschädigungsregelung für die Versichertenältesten

1. bis 1.2.3 ...

1.2.4 Beträge für die Aufnahme von Anträgen auf Leistungen der Knappschaft - auf Antragstellung -

6,00 Euro für Leistungsanträge aus der Kranken- und Pflegeversicherung, auch Anträge auf stationäre Maßnahmen aus der Krankenversicherung (medizinische Rehabilitation gemäß § 40 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

3,00 Euro für einen Antrag aus dem Beitragswesen der Kranken- und Pflegeversicherung

2. bis 5. ...“

Artikel 2

1. Artikel 1 Nr. 1 - 37 treten mit Wirkung ab 01.04.2007 in Kraft.

Beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 21. Februar 2007.

Vorsitzender
Herfarth

G e n e h m i g u n g

Der von der Vertreterversammlung am 21. Februar 2007 beschlossene 7. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme von Artikel 1 Nr. 17 § 59, Nr. 18 § 63 Absatz 4, Nr. 21 § 66a, Nr. 23 § 66c, Nr. 25 § 67a und insoweit zu Artikel 2 Nr. 1 gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV sowie mit folgenden Maßgaben genehmigt:

In Artikel 1 Nr. 26 § 68 Absatz 1 Nr. 5 und Absatz 2 Nr. 4 wird jeweils vor dem Wort „Fitnessstudio“ das Wort „qualitätsgesichertes“ ergänzt; Absatz 3 derselben Regelung ist folgendermaßen zu ergänzen: „Eine Bonuszahlung erfolgt nur, wenn die Knappschaft die betreffenden Maßnahmen nicht nach § 20 a SGB V finanziert.“

Nr. 33 § 84 Absatz 5 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Veränderungen können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises nach Satz 1 folgenden Monats wirksam werden.“

Bonn, 29. März 2007
II 3 – 59022.0 – 1226/2005

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

(Beckschäfer)