

Satzung
der
Betriebskrankenkasse
HENSCHEL Plus



Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§ 2	Wahl und Verfahren der Selbstverwaltungsorgane.....	5
§ 3	Verwaltungsrat	5
§ 4	Vorstand.....	7
§ 5	Widerspruchsausschuss	8
§ 6	Kreis der versicherten Personen.....	9
§ 7	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	13
§ 8	Aufbringung der Mittel.....	13
§ 9	Bemessung der Beiträge.....	13
§ 10	nicht belegt.....	13
§ 11	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	13
§ 12	Beitragssätze	14
§ 13	Fälligkeit der Beiträge	15
§ 14	Erhebung von Mahngebühren.....	15
§ 15	Beitragsvorschüsse	15
§ 16	Rücklage	15
§ 17	Leistungen	16
§ 18	Primärprävention.....	17
§ 18a	Prävention für Babys und Kleinkinder	18
§ 19	Schutzimpfungen	18
§ 20	Medizinische Vorsorgeleistungen.....	19
§ 20a	Vorsorge	19
§ 21	Kostenerstattung.....	20
§ 21a	Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland	20
§ 21b	Kostenerstattung Wahlarzneimittel	22
§ 22	Haushaltshilfe	22
§ 23	Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit	23

§ 24	Wahltarif Krankengeld.....	23
§ 25	Krankengeld für freiwillige Mitglieder.....	23
§ 26	Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige.....	24
	Arzneimittel	24
§ 26a	Osteopathie.....	24
§ 26b	Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene.....	25
	Leistungserbringer	25
§ 26c	Professionelle Zahnreinigung.....	25
§ 26d	Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft / Mutterschaft	25
§ 26e	Rufbereitschaft Hebammen	26
§ 26f	Künstliche Befruchtung	26
§ 27	Wahltarife für besondere Versorgungsformen	26
§ 27a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung - BKK MedPlus HZV	27
§ 28	Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	28
§ 29	Wahltarif integrierte Versorgung – BKK MedPlus IGV	28
§ 30	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme - BKK MedPlus DMP	29
§ 31	Bonusprogramm BKK BonusPlus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	30
§ 31a	Gesundheitsbonus für Kinder und Jugendliche	31
	„BKK GesundeKids“	31
§ 32	Leistungsausschluss	32
§ 33	Kooperation mit der PKV	32
§ 34	Aufsicht	32
§ 35	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	33
§ 36	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung	33
§ 37	Bekanntmachungen	33

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen zur Satzung

Anlage A1

zu § 3 der Satzung der BKK HENSCHER Plus vom 17.07.2007

Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Anlage A 2

zu § 24 der Satzung der BKK HENSCHER Plus vom 17.07.2007

BKK-Wahltarif Krankengeld

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die am 1. März 1854 errichtete Krankenkasse führt den Namen
Betriebskrankenkasse HENSCHEL Plus
- (2) Die Betriebskrankenkasse ist eine landesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (3) Die Organe der Betriebskrankenkasse sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.
- (4) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das Gebiet der Bundesländer Bayern, Hessen und Niedersachsen.
- (5) Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Kassel.

§ 2 Wahl und Verfahren der Selbstverwaltungsorgane

Jeder Versicherte hat eine Stimme. Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht nach § 50 Absatz 1 SGB IV bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Er hat bei 0 bis 20 Versicherten drei Stimmen, 21 bis 50 Versicherten sechs Stimmen, 51 bis 100 Versicherten neun Stimmen und je weiteren 1 bis 100 Versicherten drei weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von 20 Stimmen.

§ 3 Verwaltungsrat

- (1)
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

- (2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 6 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
- (4) Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
 1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes bei dessen Verhinderung zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
 10. über die Bestellung des Prüfers zur Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV zu beschließen.
- (5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (6) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (7) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- (8) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 3 der Satzung durch den Verwaltungsrat fest-

gesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

- (9) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (10) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Änderungen der Satzung mit Ausnahme der Beschlussfassung über die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder über die Auszahlung einer Prämie, der Beschluss über freiwillige Vereinigung nach § 150 SGB V sowie der Beschluss über Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken und Errichtung von Gebäuden bedürfen der Zustimmung von drei Viertel der anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates. Beschlüsse über die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder über die Auszahlung einer Prämie bedürfen der Zustimmung der Mehrheit der anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (11) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung, den Haushaltsplan oder Satzungsänderungen ist ausgeschlossen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 4 Vorstand

- (1) Der Vorstand der Betriebskrankenkasse besteht aus höchstens 2 Personen. Ist nur eine Person zum Vorstand bestellt, gilt § 35a Absatz 4 Satz 4 SGB IV.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (4) Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
 6. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung prüfen zu lassen. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist. Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr,
 7. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 8. eine Kassenordnung aufzustellen,
 9. die Beiträge einzuziehen,
 10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (5) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- (6) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 5 Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Kassel.
- (2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter

des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absätze 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn er ordnungsgemäß einberufen ist und die Mitglieder des Widerspruchsausschusses oder ihre Stellvertreter anwesend sind.
 8. Die Beschlüsse werden einstimmig gefasst. Kommt kein einstimmiger Beschluss zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen oder der Bußgeldbescheid als bestätigt.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absätze 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absätze 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 6 Kreis der versicherten Personen

- (1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen nach § 5 SGB V umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,

3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
5. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
6. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
8. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
9. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
10. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

11. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
13. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
15. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in

denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
 3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen. Sie können der Kasse nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
 4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
 5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigten Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- (3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Absatz 4 der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- und Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

(4) Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 7 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften und die folgende Bestimmung der Satzung.
- (2) Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des Vortages möglich, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt.
- (3) Die freiwillige Mitgliedschaft endet, sobald das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, es sei denn, dass über- oder zwischenstaatliches Recht etwas anderes vorsieht.

§ 8 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 9 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung, Tragung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, die Bestimmungen der Satzung und die sonstigen für die Krankenkasse verbindlichen Regelungen

§ 10 nicht belegt

§ 11 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- (1) Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Absatz 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist,
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- (2) Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet.
- (3) Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 12 Beitragssätze

- (1) Die Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) werden nach den durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegten Vomhundertsätzen der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 241 und 243 SGB V) bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung berechnet.
- (2) Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag der beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von 0,9 vom Hundert.
- (3) Abweichend von Absatz 2 erhebt die Betriebskrankenkasse den Zusatzbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für
 1. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V
 2. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 und 6 und Abs. 4a Satz 1 SGB V
 3. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 SGB V, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 SGB V maßgeblichen Mindestbeitrag nicht übersteigt,
 4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 oder nach § 193 Abs. 2 bis 5 SGB V oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetz fortbesteht,
 5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare

Entgeltersatzleistungen beziehen sowie

6. Beschäftigte, bei denen nach § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 oder Nr. 2 oder Satz 2 des SGB IV angewendet wird.

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 2 Anwendung.

- (4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buch Sozialgesetzbuch gelten für den Zusatzbeitrag entsprechend.

§ 13 Fälligkeit der Beiträge

Für die Fälligkeit der Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) sowie den Zusatzbeitrag gilt § 23 SGB IV.

§ 14 Erhebung von Mahngebühren

Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung im Rückstand sind, werden gemahnt. Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr erhoben. Sie wird nach den Bestimmungen des § 19 Absatz 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz berechnet.

§ 15 Beitragsvorschüsse

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

§ 16 Rücklage

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

§ 17 Leistungen

Allgemeiner Leistungsumfang

- (1) Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen
 - zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
 - zur Früherkennung von Krankheiten
 - zur Behandlung von Krankheiten
 - bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 - zur Empfängnisverhütung
 - bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
 - des Persönlichen Budgets nach § 17 Absätze 2 bis 4 SGB IX
- (2) 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.
- (3) Versicherte haben nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Im Übrigen gelten die folgenden Bestimmungen der Satzung.
- (4) Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind der Zuschuss
 1. zur Primärprävention nach § 18,
 2. für Schutzimpfungen nach § 19, auf die jeweils ein Anspruch nach § 20d SGB V nicht besteht,
 3. zur Vorsorge nach § 20a Absatz 1 Nr.1 und 2,
 4. zu nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach § 26,
 5. für osteopathische Leistungen nach § 26a,
 6. zur professionellen Zahnreinigung nach § 26c,
 7. für Bonusleistungen im Bonusprogramm BKK BonusPlus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten nach § 31auf einen Betrag in Höhe von insgesamt 300,00 Euro je Kalenderjahr begrenzt (BKK Gesundheitskonto: „BKK GesundPlus“).
- (5) Die in den §§ 18,19, 20a, 26, 26a, 26c sowie 31 enthaltenen Kostenbegrenzungen bleiben unberührt.
- (6) Ein Guthaben bzw. Restguthaben ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige sowie auf das folgende Kalenderjahr übertragbar.

§ 18 Primärprävention

(1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands erbringt die Betriebskrankenkasse ausgewählte Leistungen zur primären Prävention. Maßnahmen zur primären Prävention sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten verhindern oder verzögern. Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den Handlungsfeldern und Kriterien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung.

Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz werden in den folgenden Handlungsfeldern gewährt:

1. Bewegungsgewohnheiten:

- a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität:
Gesundheitssportliches Bewegungstraining
- b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme:
Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken

2. Ernährung:

- a) Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung:
Kurs zur ausgewogenen Ernährung
- b) Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht:
Gewichtsreduktions-Kurs

3. Stressreduktion/Entspannung:

Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten:
Stressreduktions-Training

4. Genuss- und Suchtmittelkonsum:

Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs:

- Kurs zur Nikotin-Entwöhnung
- Kurs zur Alkoholreduktion
- Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten
- Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs

(2) Die Betriebskrankenkasse fördert insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen nachhaltig angelegte Settingansätze. Auf Antrag erfolgt eine Förderung von oder Beteiligung an entsprechenden qualitätsgesicherten Projekten auf Basis der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) beschlossenen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung.

- (3) Die Betriebskrankenkasse gewährt die Leistungen nach Abs. 1 und Abs. 2 grundsätzlich im Rahmen von Zuschüssen. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.
- (4) Für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention werden bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung dem Versicherten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 125 Euro je Maßnahme gewährt. Die Höhe der Zuschüsse für alle Maßnahmen ist pro Kalenderjahr und Versicherten auf 250 Euro begrenzt. Im Rahmen von Vereinbarungen der Betriebskrankenkasse können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden.
- (5) Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuss zum Mitgliedsbeitrag in einem Fitnessstudio in Höhe von 6,00 Euro pro Monat, maximal 72 Euro pro Jahr.

§ 18a Prävention für Babys und Kleinkinder

- (1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben versicherte Kinder bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf einen Kurs im Kalenderjahr aus dem Bereich Baby- und Kleinkinderschwimmen, Babymassage, Eltern-Baby-Kurs (z.B. Pecip®, DELFI®, EiBa®) und Eltern-Kind-Turnen. Voraussetzung ist, dass der Kurs von einem qualifizierten Anbieter durchgeführt wird und die Versicherten regelmäßig teilnehmen.
- (2) Den Versicherten wird ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 vom Hundert der entstandenen Kosten, maximal 75,00 Euro gewährt.

§ 19 Schutzimpfungen

- (1) Die Betriebskrankenkasse gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs.1 SGB V besteht.
- (2) Die Betriebskrankenkasse gewährt die Leistungen nach Absatz 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die Betriebskrankenkasse 80 v. H. der für die Impfstoffe erforderlichen Sachkosten der Impfung.
- (3) An den Kosten für Schutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich, von Arbeitgebern oder von der Betriebskrankenkasse selbst durchgeführt werden, beteiligt sich die Betriebskrankenkasse durch Übernahme der Kosten der Impfstoffe für die Impfung der Versicherten der Betriebskrankenkasse.
- (4) Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Betriebskrankenkasse keine Leistungen für Schutzimpfungen.

§ 20 Medizinische Vorsorgeleistungen

Als Zuschuss zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten wird ein Pauschalbetrag von 160 Euro gewährt, wenn die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Bei ambulanten Vorsorgemaßnahmen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 21 Euro.

§ 20a Vorsorge

- (1) Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten über den gesetzlichen Rahmen hinaus weitere Vorsorgeleistungen. Die Leistungen umfassen:
 1. Hautkrebsvorsorge
 - a) Ein Anspruch besteht einmal jährlich durch fachlich geeignete Ärzte, um Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen, den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erreichen.
 - b) Die Kosten werden bis zu dem Betrag übernommen, der in Verträgen zur besonderen ärztlichen Versorgung vereinbart ist. Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.
 - c) Vertragliche Regelungen bleiben unberührt.
 2. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung
 - a) Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen 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 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
 - b) Die Betriebskrankenkasse erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Satz 1 und nicht mehr als 100 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Sätze 1 und 2 zusammen.
 - c) 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.
- (2) Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

§ 21 Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die auf ihre Zulassung kollektiv verzichtet haben, im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und Verordnungen nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. An die gewählte Kostenerstattung ist der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Nach Ablauf des Kalendervierteljahres kann der Versicherte die Teilnahme jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Eingang der Erklärung über die Beendigung bei der Betriebskrankenkasse.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind vorab in Abzug zu bringen

§ 21a Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland

- (1) Versicherte, die in Staaten, mit denen Regelungen über die Leistungsaushilfe bei Krankheit und Mutterschaft bestehen, behandlungsbedürftig werden, erhalten im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts Sach- und Dienstleistungen vom aushelfenden ausländischen Krankenversicherungsträger nach dessen Rechtsvorschriften.
- (2) Haben Versicherte nicht Sach- und Dienstleistungen nach Absatz 1 in Anspruch genommen, sondern die Kosten verauslagt, sind zur Ermittlung eines Erstattungsbetrages spezifizierte Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse nach Absatz 1 zu tragen hätte. Soweit die nach über- und zwischenstaatlichem Recht vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt die Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistungen nach den deutschen Vertragssätzen zu tragen hätte. Der Anspruch ist begrenzt auf die tat-

sächlich entstandenen Aufwendungen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

- (3) Versicherte, die sich zur Inanspruchnahme von Leistungen in einen anderen Staat begeben, erhalten im Rahmen der Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bei Krankheit und Mutterschaft Sach- und Dienstleistungen vom aushelfenden ausländischen Krankenversicherungsträger nach dessen Rechtsvorschriften, soweit die Betriebskrankenkasse die Genehmigung erteilt hat.

Die Genehmigung wird erteilt, wenn

- ein Anspruch auf die Leistung auch im Inland besteht und
- die Behandlung in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht in dem notwendigen Zeitraum in der Bundesrepublik Deutschland erfolgen kann.

Im Übrigen steht die Erteilung der Genehmigung im Ermessen der Betriebskrankenkasse. § 21 findet keine Anwendung.

- (4) Alternativ zum Leistungsanspruch nach den Absätzen 1 bis 3 sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Abweichend von Satz 1 besteht ein Anspruch auf Erstattung der Krankenhausleistungen nur, wenn die Betriebskrankenkasse der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., maximal 50 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind vorab in Abzug zu bringen.

- (5) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich, kann die Betriebskrankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Die Betriebskrankenkasse kann in diesen Fällen auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesen Fällen nicht.

§ 21b Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die Betriebskrankenkasse einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der Betriebskrankenkasse zu wählen. Versicherte können dieses Wahlrecht beschränkt für ein einzelnes Arzneimittel ausüben, ohne darüber hinaus Kostenerstattung nach § 13 SGB V zu wählen. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
- (2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht jedoch höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen die Versicherten selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 22 Haushaltshilfe

- (1) Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 1. wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens einem Monat gewährt.
 2. solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die Kosten der Behandlung die Betriebskrankenkasse trägt. Der Anspruch besteht bis zu einem Monat je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Betriebskrankenkasse die Haushaltshilfe für einen weiteren Zeitraum erbringen, längstens jedoch für sechs Monate, wenn der Medizinische Dienst (§ 275 SGB V) festgestellt hat, dass dies erforderlich ist.
- (2) Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
- (3) Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe ange-

wiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

- (4) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

§ 23 Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

§ 24 Wahltarif Krankengeld

- (1) Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) und Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben (unständig Beschäftigte; § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) können einen Wahltarif zur Aufstockung des Krankengeldes wählen. Krankenversicherungspflichtige Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (§ 46 Satz 2 SGB V) können die Zahlung von Krankengeld vom 15. bis 42. Tage an wählen. Entsprechend der Leistungserweiterung hat das Mitglied Prämien zu zahlen.
- (2) Der Wahltarif-Krankengeld wird gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- (3) Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage A 2, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 25 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

- (1) Für die in § 6 Absatz 2 bezeichneten freiwillig Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt oder nicht oder nur geringfügig selbständig tätig sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.
- (2) Für die in § 6 Absatz 2 bezeichneten, mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, bleibt der Anspruch auf Krankengeld längstens für einen Monat, im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung erhalten.

§ 26 Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

- (1) Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, 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 Betriebskrankenkasse erstattet die entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 unter Abzug von Zuzahlungen entsprechend § 31 Absatz 3 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V. Pro Kalenderjahr und Versicherten ist die Kostenerstattung für alle Arzneimittel auf einen Betrag von maximal 125,00 Euro begrenzt.
- (3) Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.
- (4) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
- (5) Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Abs.1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 26a Osteopathie

- (1) Versicherte haben Anspruch auf osteopathische Leistungen, die von einem Arzt verordnet wurden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
- (2) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 Euro pro Sitzung.
- (3) Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.

§ 26b Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

- (1) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze, sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Die Kostenübernahme setzt voraus, dass
 - a) die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung in entsprechender Anwendung des § 39 SGB V von einem Arzt bescheinigt wird,
 - b) eine zumindest gleichwertige Versorgung durch den Leistungserbringer wie in einem zugelassenen Krankenhaus gewährleistet ist,
 - c) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der Betriebskrankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
 - d) die Betriebskrankenkasse der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.
- (2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- (3) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 39 Abs. 4 i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V.
- (4) Mit der Zustimmung nach Absatz 1 Buchstabe d erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Betriebskrankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 26c Professionelle Zahnreinigung

- (1) Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für professionelle Zahnreinigung bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, um Zahnerkrankungen zu verhüten.
- (2) Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich an den Kosten für eine professionelle Zahnreinigung einmal je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 30,00 Euro.
- (3) Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

§ 26d Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft / Mutterschaft

- (1) Für Ehegatten, den Vater des Kindes oder den Partner übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs, wenn der Kurs von einer Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erbracht wird.
- (2) Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten von ärztlich erbrachten Leistungen bei vorliegenden Risikofaktoren, die mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken:

1. Nackenfaltenmessung,
 2. Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
 3. Triple-Test,
 4. Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien.
- (3) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 1 und 2 in Höhe von je 80 vom Hundert, bis zu einem Betrag von insgesamt 75,00 Euro einmal je Schwangerschaft. Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

§ 26e Rufbereitschaft Hebammen

- (1) Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die Betriebskrankenkasse Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
- (2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,00 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung der Hebamme vorzulegen.

§ 26f Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar. Sind beide Ehepartner bei der Betriebskrankenkasse versichert, beträgt der Zuschuss 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Ist nur die Ehefrau bei der Betriebskrankenkasse versichert, beträgt der Zuschuss 50 v.H. des Betrages nach Satz 2. Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

§ 27 Wahltarife für besondere Versorgungsformen

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere Versorgungsformen im Sinne von § 53 Abs. 3 SGB V an.

- (2) Versicherte haben ihre Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen nach den §§ 27a, 28 und 29 schriftlich zu erklären. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung stellt die Betriebskrankenkasse den Versicherten schriftliche Informationen über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und die Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten zur Verfügung.
- (3) Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine vollständige Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufserklärung beim Versicherten. Für die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufserklärung gelten § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz sowie die Verordnung über barrierefreie Dokumente der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 27a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung - BKK MedPlus HZV

- (1) Die Betriebskrankenkasse führt hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen durch. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, nur einen von ihnen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Augenärzte und Frauenärzte. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Über den Beginn der Teilnahme wird der Versicherte durch die Betriebskrankenkasse in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) informiert.
- (3) Der Versicherte ist an die Verpflichtung nach Absatz 2 und an die Wahl seines Hausarztes ein Jahr gebunden. Während dieser Zeit kann ein anderer als der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnortwechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Absatz 2 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach

Absatz 2 kann frühestens mit Ablauf des ersten Jahres, analog der in den einzelnen Verträgen (auf Landesebene) enthaltenen Bestimmungen, erfolgen. Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 28 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.
- (3) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die Dauer der Teilnahme können andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Satz 1 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz 2 kann frühestens mit Ablauf des ersten Jahres, analog der in den einzelnen Verträgen (auf Landesebene) enthaltenen Bestimmungen, erfolgen. Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 29 Wahltarif integrierte Versorgung – BKK MedPlus IGV

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an (BKK MedPlus IGV). Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- (2) Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die integrierte Versorgung. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards.

§ 30 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme - BKK MedPlus DMP

- (1) Die Betriebskrankenkasse gewährt im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung für ihre Versicherten zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach §§ 137 f und g SGB V oder strukturierte Behandlungsprogramme als Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V (BKK MedPlus DMP). Weitere Ziele sind die Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung.
- (2) Für die Versicherten ist die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm freiwillig. Die teilnehmenden Versicherten sind zu einer aktiven Mitwirkung an dem strukturierten Behandlungsprogramm verpflichtet. Die Teilnahme erfolgt durch schriftliche Einwilligung des Versicherten. Die Einwilligung kann widerrufen werden.
- (3) Die Betriebskrankenkasse führt folgende strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137 f und g, 63 ff. SGB V durch:
1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit (KHK)
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Chronische obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird. Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmzulassung.

§ 31 Bonusprogramm BKK BonusPlus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, können am Bonusprogramm BKK BonusPlus teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten, mit der die Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung anerkannt werden. Die Teilnahme erfolgt für jeweils ein Kalenderjahr. Die Teilnahme endet bei Widerruf, mit dem Eingang der schriftlichen Kündigung sowie bei Beendigung der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse.

(2) Anspruch auf einen Bonus haben alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die

1. ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung (Gesundheits-Checkup 35) nach § 25 Absatz. 1 SGB V teilnehmen,
2. jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Krebsvorsorge) nach § 25 Absatz 2 SGB V teilnehmen,
3. sich wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen lassen,
4. qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 18 oder andere qualitätsgesicherte von der Betriebskrankenkasse anerkannte Maßnahmen zur Primärprävention in Anspruch nehmen,
5. einen Body-Maß-Index zwischen 18 und 27 haben,
6. seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher sind,
7. regelmäßig Sport treiben.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt, Zahnarzt bzw. Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte bescheinigt (Nummer 1 bis 5) bzw. durch den Versicherten glaubhaft bestätigt (Nummer 6 und 7).

(3) Der Bonus wird in Form einer Sach- oder Geldprämie gewährt. Die Einlösung der Prämie setzt die Erfüllung von drei, sechs oder neun Voraussetzungen nach Absatz 2 voraus. Die Prämienausschüttung erfolgt für je drei Voraussetzungen nach Absatz 2 im Wert von 30 Euro.

(4) Bonusansprüche verfallen, wenn die Inanspruchnahme der Maßnahmen, Aktivitäten oder Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht bis spätestens sechs Monate nach Ablauf des Kalenderjahres nach Absatz 1 eingereicht werden. Sie verfallen auch bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm.

- (5) Der Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bei der Betriebskrankenkasse besteht.

§ 31a Gesundheitsbonus für Kinder und Jugendliche „BKK GesundeKids“

- (1) Versicherte Kinder und Jugendliche, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und die sich nachweislich gesundheitsbewusst verhalten, können am Bonusprogramm „BKK GesundeKids“ teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters. Die Teilnahme erfolgt für jeweils ein Kalenderjahr. Die Teilnahme endet bei Widerruf, mit dem Eingang der schriftlichen Kündigung sowie bei Beendigung der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse.
- (2) Anspruch auf einen Bonus haben versicherte Kinder und Jugendliche für die Durchführung folgender Untersuchungen und Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die
1. die nach § 26 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U 10 bis J1) für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch nehmen,
 2. zweimal pro Kalenderjahr Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen in Anspruch nehmen,
 3. die von der Betriebskrankenkasse nach § 20d SGB V zu erbringenden Schutzimpfungen vollständig in Anspruch nehmen,
 4. einmal jährlich einen Body-Maß-Index (BMI) nachweisen, der im Normbereich für Kinder und Jugendliche liegt,
 5. aktives Mitglied im Sportverein sind,
 6. ein Sportabzeichen (z.B. Jugendsportabzeichen, erfolgreiche Teilnahme an Bundesjugendspielen, Jugendschwimmpass des Deutschen Schwimmverbandes) nachweisen,
 7. an einem Gesundheitskurs zum Thema Bewegung, gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion, Stressbewältigung oder Entspannung teilgenommen haben.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt, Zahnarzt bzw. Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte bescheinigt bzw. entsprechend nachgewiesen.

- (3) Der Bonus wird in Form von Prämien gewährt, wobei aus Absatz 2 Ziffern 1. bis 3. mindestens eine Inanspruchnahme bzw. Maßnahme pro Kalenderjahr zu erfüllen ist, um einen weiteren Bonus nach Absatz 2 Ziffer 4. bis 7. zu erhalten (Mindestvoraussetzung). Er beträgt für die Inanspruchnahme
- a) nach Absatz 2 Ziffern 1. bis 3. jeweils 10,00 Euro,

b) für die Maßnahmen nach Absatz 2 Ziffern 4. bis 7. jeweils 5,00 Euro.

Eine Prämienauszahlung ist bis zur Höhe von 50,00 Euro möglich.

- (4) Die Prämie wird dem gesetzlichen Vertreter nach Erfüllen der Voraussetzungen ausbezahlt, wenn für ein Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte bis spätestens 30.06. des Folgejahres nachgewiesen werden, danach verfallen die Ansprüche. Sie verfallen auch bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm.
- (5) Der Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bei der Betriebskrankenkasse besteht.

§ 32 Leistungsausschluss

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

§ 33 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 34 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Regierungspräsidium Darmstadt.

§ 35 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK Landesverband Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 36 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung

- (1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens wird der BKK-Arbeitgebersicherung des BKK Landesverbandes Mitte übertragen.
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an die BKK-Arbeitgebersicherung des BKK Landesverbandes Mitte weitergeleitet.
- (3) Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens wird der BKK-Arbeitgebersicherung des BKK Landesverbandes Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird die BKK-Arbeitgebersicherung des BKK Landesverbandes Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 37 Bekanntmachungen

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie auf der Internetseite www.bkkhenschelpus.de öffentlich bekannt gemacht. Die Aushangfrist beträgt eine Woche. Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.
- (2) Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite www.bkkhenschelpus.de und durch Einsichtnahme in den Räumen der Betriebskrankenkasse zugänglich gemacht.

Artikel II

Inkrafttreten

- (1) Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 17. Juli 2007 beschlossen.
- (2) Die genehmigte Satzung tritt am ersten Tag des auf ihrer Bekanntmachung folgenden Monats in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.
- (3) Artikel I § 30 Abs. 1 bis 3 tritt mit Beginn des Modellvorhabens für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm bzw. mit Beginn des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms in Kraft.
- (5) Gleichzeitig treten die Satzung vom 29. Juni 2005 und die dazu ergangenen Nachträge 1 bis 3 außer Kraft.

Kassel, 17. Juli 2007

Die alternierenden Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Daniela Baumann

Ulrich Pomrenke