



Satzung

der BKK Schleswig-Holstein

Körperschaft des öffentlichen Rechts

*aktuelles
Leseexemplar*

Stand Leseexemplar: 1. Juli 2014

Inhaltsverzeichnis

Seite	Bereich	Ziffer
- 3 -	Name, Sitz und Bezirk	1
- 4 -	Organe	2
- 5 -	Bemessung der Entschädigungen für die Mitglieder des Verwaltungsrates	3
- 6 -	Verwaltungsrat	4
- 8 -	Vorstand	5
- 9 -	Widerspruchsausschuss	6
- 10 -	Mitgliedschaft	7
- 11 -	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	8
- 12 -	Aufbringung der Mittel	9
- 13 -	Bemessung der Beiträge	10
- 14 -	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	11
- 15 -	Nicht besetzt	12
- 16 -	Gesundheitsbudget	13
- 17 -	Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	13a
- 18 -	Leistungen	14
- 20 -	Leistungen zur Förderung der Gesundheit	15
- 24 -	Wahltarife	16
- 30 -	Leistungsausschluss	17
- 31 -	Kooperation mit der PKV	18
- 32 -	Rücklage	19
- 33 -	Haushaltsplan und Jahresrechnung	20
- 34 -	Übertragung des Ausgleichsverfahrens	21
- 35 -	Bekanntmachungen	22
- 36 -	Inkrafttreten	23

Anlage:

- Entschädigungsordnung
- Aktuelle Nachträge

1. Name, Sitz und Bezirk

- 1.1. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen Betriebskrankenkasse Schleswig-Holstein.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Glückstadt.

Die Betriebskrankenkasse ist als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

- 1.2. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe
- der Firma Holcim (Deutschland) AG,
 - Steinbeis Papier GmbH,
- soweit sich diese Betriebe in den Ländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen oder Hamburg befinden.

Der Bereich erstreckt sich auch auf die Länder Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hamburg.

2. Organe

Organe der BKK sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Sie wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.

2.1. Verwaltungsrat

2.1.1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Ihm gehören zwei Versichertenvertreter und zwei Arbeitgebervertreter an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Arbeitnehmervertreter eine Stimme.

2.1.2. Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2.1.3. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

2.1.4. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte seinen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

2.2. Vorstand

2.2.1. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.

3. Bemessung der Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates

Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage der Satzung festgelegten Sätzen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

4. Verwaltungsrat

- 4.1. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgegebenen Fällen.

Ihm ist insbesondere vorbehalten:

1. den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
5. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
6. über die Öffnung, die Auflösung der Betriebskrankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
7. sich eine Geschäftsordnung zu geben,
8. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
9. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen.

Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.

- 4.2. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Arbeitgebervertreter und der Arbeitnehmervertreter anwesend und stimmberechtigt sind.
- 4.3. 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.
- 4.4. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei
1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an geänderte Gesetze oder höchstrichterliche Rechtsprechung,
 2. Änderungen von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,

3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung auf Grund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

5. Vorstand

- 5.1. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse. Ihm ist insbesondere vorbehalten,
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. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
 6. Vereinbarungen mit Vertretern der Heilberufe und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen, soweit nicht gesetzlich eine andere Zuständigkeit bestimmt ist,
 7. Prüfungen der Kasse und der Buchhaltung nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung – SVRV) durchzuführen oder durchführen zu lassen.
- 5.2. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

6. Widerspruchsausschuss

- 6.1. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Er nimmt auch die Aufgaben einer Einspruchsstelle nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten wahr (§ 112 SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz bei der Betriebskrankenkasse.
- 6.2. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Versicherten und einem Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.

Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Ihre Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis Ihre Nachfolger das Amt antreten.

Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und SGB IV gelten entsprechend.

Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

- 6.3. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und anwesend sind.
- 6.4. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von der Widerspruchsstelle aufgestellte Geschäftsordnung.

7. Mitgliedschaft

- 7.1. Pflichtmitglieder der Betriebskrankenkasse sind, soweit die Betriebskrankenkasse nach den gesetzlichen Bestimmungen zuständig ist,

Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie die anderen in § 5 SGB V genannten Personen, wenn sie die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen und nicht nach §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

- 7.2. Freiwillige Mitglieder können sein, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen für den Beitritt erfüllt sind und die Betriebskrankenkasse kraft Gesetzes oder auf Antrag zuständig ist, Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind sowie die anderen in § 9 SGB V genannten Personen, wenn sie die übrigen der in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen erfüllen. Für Schwerbehinderte im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ist die freiwillige Versicherung nur möglich, soweit sie beim Beitritt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- 7.3. Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, die für die Versicherungspflicht geforderten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzung für den Bezug der Rente erfüllen.

- 7.4. Als Familienangehörige sind bei der Betriebskrankenkasse versichert Ehegatten und Kinder der Mitglieder, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

- 7.5. Wahlmöglichkeiten

Die in Ziffer 7.1. – 7.4. der Satzung genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in Ziffer 1 Nr. 1.2. der Satzung genannten Bezirk 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 nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder 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 Betriebskrankenkasse/einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder waren.

8. Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- 8.1. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder beginnt mit dem Tage des Eintritts der Versicherungspflicht.
- 8.2. Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tage ihres Beitritts.
- 8.3. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 01. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat an, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- 8.4. Erhebt die Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Ziffer 8.3 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber dem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungszeitraums um den entsprechenden Zeitraum.
- 8.5. Abweichend von Ziffer 8.3. Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse.
- 8.6. Ziffer 8.3. Satz 1 und Ziffer 8.4. gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach Ziffer 16 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft nur unter den in Ziffer 16 genannten Voraussetzungen (Vorliegen eines wichtigen Grundes) gekündigt werden.

9. Aufbringung der Mittel

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

10. Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils geltenden Fassung.

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

- 11.1. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
1. unter der Voraussetzung des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Ziffern 11.2. und 11.3. 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 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- 11.2. 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 von bereits in Anspruch genommen Leistungen verzichtet.
- 11.3. 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. Nicht besetzt

13. Gesundheitsbudget

Nach Maßgabe des § 11 Abs. 6 SGB V gewährt die BKK Schleswig-Holstein folgende zusätzliche Leistungen:

- 13.1. Jedem Versicherten steht ein Gesundheitsbudget von jährlich € 200,00 und zusätzlicher € 600,00 zweckgebunden für psychotherapeutische Behandlungen zur Verfügung. Voraussetzung für dieses zusätzliche Budget ist, dass die Leistungen von einem zugelassenen Leistungserbringer oder einem Leistungserbringer mit vergleichbarer Qualifikation nach dem 4. Kapitel SGB V erbracht werden und es sich um Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien handelt. Wird das Gesundheitsbudget in einem Jahr nicht ausgeschöpft, kann es auf Antrag in das folgende Jahr übertragen werden. Anderenfalls verfällt das Budget.
- 13.2. Das Gesundheitsbudget ist zunächst auf Leistungen beschränkt, die in den Jahren 2012, 2013 und 2014 in Anspruch genommen werden. Wenn Versicherte nicht vorher eine Wahlentscheidung gem. § 13 Abs. 2 SGB V und Nr. 14.3 dieser Satzung treffen, erhalten Sie einen Zuschuss von bis zu 50 % auf folgende Gesundheitsleistungen.
- 13.3. Erstattungsfähig sind folgende ärztlich verordnete Leistungen:
 1. osteopathische Behandlungen bei einem Leistungserbringer, der entweder Mitglied in einem osteopathischen Fachverband ist oder über eine Ausbildung verfügt, die zu einem Beitritt in einen solchen Verband berechtigt,
 2. gesetzlich zugelassene Behandlungen durch einen Heilpraktiker, der entweder Mitglied in einem heilpraktischen Fachverband ist oder über eine Ausbildung verfügt, die zu einem Beitritt in einen solchen Verband berechtigt.
- 13.4. Darüber hinaus sind im Rahmen des Gesundheitsbudgets folgende ärztlich verordnete Leistungen erstattungsfähig:
 1. apothekenpflichtige Arzneimittel und Heilmittel, die der anthroposophischen Medizin zuzuordnen sind,
 2. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie u.ä.), die apothekenpflichtig, aber nicht verschreibungspflichtig sind,
 3. Sehhilfen gem. § 33 Abs. 1 SGB V, auch über das 18. Lebensjahr hinaus. Der gesetzliche Ausschluss von Kostenbeteiligung an Brillengestellen gem. § 33 Abs. 2 Satz 4 SGB V bleibt unberührt.
- 13.5. Die Leistungen dürfen vom gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sein.

13a. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Versicherte der BKK Schleswig-Holstein haben nach Maßgabe des § 11 Abs. 6 SGB V Anspruch auf zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Erstattet werden je Schwangerschaft ab deren Beginn bis zum Ablauf der gesetzlichen Mutterschutzfrist jeweils 100 % der Kosten, höchstens bis zu nachfolgend festgelegten Beträgen für:

- I. von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Leistungen:
 - a) zusätzliche Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge bis 100,00 €
 - b) Frühgeburtenscreenings bis 50,00 €
 - c) Nackentransparenzmessungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien bis 100,00 €
 - d) Toxoplasmose-Test, begrenzt auf einen Test während der Schwangerschaft bis 25,00 €

Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige ärztliche Untersuchung noch nicht vorliegt, aber im Einzelfall Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

- II. von Hebammen oder Geburtshelfern durchgeführte:
 - a) Hebammenrufbereitschaft in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche bis 300,00 € für bei der BKK versicherte Frauen. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Der Höchstbetrag beinhaltet täglich 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit, sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe, Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren, Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren, Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.
 - b) Geburtsvorbereitungskurse, auch für den Ehemann bzw. Partner, sofern dieser bei der BKK Schleswig-Holstein versichert ist bis 100,00 €. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme oder einem Geburtshelfer erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
 - c) Säuglingspflegekurse für werdende Eltern, sofern der jeweilige Elternteil bei der BKK Schleswig-Holstein versichert ist bis 50,00 €. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme oder einem Geburtshelfer erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
- III. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für schwangere Versicherte mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurde, bis 50,00 €.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der genannten Leistungserbringer vorzulegen.

14. Leistungen

14.1. Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung von Krankheiten,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft.
- zur Empfängnisregelung,
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation,
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern und ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

14.2. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird je Krankheitsfall höchstens für vier Stunden täglich und längstens für einen Zeitraum von vier Wochen gewährt.

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 zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Betriebskrankenkasse 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.

14.3. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Sie sind von der Betriebskrankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. 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 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). Der Versicherte ist mindestens für ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Die Kostenerstattung beginnt mit dem ersten Tag des auf die Erklärung folgenden

Quartals. Die Kostenerstattung ist innerhalb von 12 Monaten nach Erstellung der Rechnung zu beantragen.

Der Versicherte kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich kündigen.

Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3 € und maximal 50 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

14.3.1. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- und 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 Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3 € und maximal um 50 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

Abweichend von Absatz 1 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

15. Leistungen zur Förderung der Gesundheit und Krankheitsverhütung

15.1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt als Leistung zur Krankheitsverhütung.

15.1.1. Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der BKK und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind.

Für selbst bezahlte, ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der Impfstoffkosten, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt. Für sonstige Schutzimpfungen werden die Kosten übernommen, soweit nicht andere Leistungserbringer zuständig sind.

15.1.2. Die Kosten für fachärztlich verordnete Sprachheilbehandlung durch anerkannte Sprachheilbehandler.

15.1.3. Die Kosten für Fluoridtabletten für versicherte Kinder - jeweils bis zum Alter von 15 Jahren - sowie Mundhygieneberatung.

15.2. Die Betriebskrankenkasse zahlt bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgekur als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe sowie zu den Fahrkosten täglich 13,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss täglich 21,00 €.

15.3. nicht besetzt

15.4. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung" Leistungen zur Prävention nach dem Setting-Ansatz und / oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten

- Maßnahmen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion (Präventives Herz-Kreislauf-Training)
- Maßnahmen zur Förderung des Muskel-Skelettsystems (Präventives Muskelaufbau-Training)
- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen (Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates)

Ernährung

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktions-Kurs)

Stressreduktion / Entspannung

- Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten (Stressreduktions-Training)

Genuss- und Suchtmittelkonsum

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs (Kurs zur Nikotinentwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollem Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs).

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g.

Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebescheinigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 80,00 € je Maßnahme gewährt.

- 15.5. Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn und soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, aus den Punkten (a), (b) und (c) vollständig und (d) und (f) einmal (innerhalb eines Kalenderjahres) sowie eine Maßnahme aus dem Punkt (e) in einem Kalenderjahr nachweisen.
- (a) Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 - (b) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 - (c) Der Versicherte hat die von der BKK nach § 23 Abs. 9 SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.
 - (d) Der Body-Mass-Index des Versicherten liegt zwischen 19 und 25.
 - (e) Der Versicherte nimmt mindestens einmal im Jahr eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 - (f) Der Versicherte nimmt die in § 28 Abs. 1 SGB V vorgesehenen zahnärztlichen Untersuchungen einmal im Jahr in Anspruch.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in dem dafür vorgesehenen BKK-Bonus-Heft quittiert.

Der Bonus wird dem Versicherten in Form einer Prämie in Höhe von max. 75,00 € bis zum 30. April des Jahres gutgeschrieben, wenn bis spätestens zum 31. März des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes vollständig nachgewiesen wurden.

- 15.6. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn und soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, aus den Punkten (a) und (d) vollständig und (b), (c) und (e) einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.
- (a) Versicherte Kinder nehmen die nach § 28 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
 - (b) Der Body-Mass-Index des versicherten Kindes liegt zwischen 19 und 25.
 - (c) Das versicherte Kind treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Nachweis durch ein Sportabzeichen).
 - (d) Das versicherte Kind hat die von der BKK nach § 23 Abs. 9 SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.
 - (e) Versicherte Kinder nehmen die in § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen zahnärztlichen Untersuchungen einmal im Jahr in Anspruch.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in dem dafür vorgesehenen BKK-Bonus-Heft quittiert.

Der Bonus wird dem versicherten Kind in Form einer Prämie in Höhe von max. 75,00 € bis zum 30. April des Jahres gutgeschrieben, wenn bis spätestens zum 31. März des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes vollständig nachgewiesen wurden.

- 15.7. Versicherte, die selbst etwas für ihre körperliche Fitness tun, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie die Punkte 1 – 4 vollständig und aus den Punkten 5 – 8 mindestens 3 Punkte innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte aus den Punkten 5 bis 8 einen weiteren Punkt nachweist.
- 1. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein oder in einem Fitnesscenter.
 - 2. Der Body-Mass-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27; liegt er darüber oder darunter und der Versicherte weist die Teilnahme an einem Ernährungsberatungsprogramm nach, gilt dieser Punkt als erfüllt.
 - 3. Der Versicherte ist seit mindestens einem halben Jahr Nichtraucher.
 - 4. Der Versicherte hat mindestens ein neues Mitglied für die Betriebskrankenkasse geworben.
 - 5. Der Versicherte hat in dem entsprechenden Kalenderjahr das Sportabzeichen erworben.
 - 6. Der Versicherte weist ein Schwimmbad ab und sucht regelmäßig ein Schwimmbad auf.
 - 7. Der Versicherte spendet regelmäßig Blut.
 - 8. Der Versicherte hat mehr als mindestens ein neues Mitglied für die Betriebskrankenkasse geworben, wobei jedes zusätzlich geworbene

Mitglied einem zusätzlichen Punkt entspricht.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.

Der Bonusanspruch wird als einmalige Bonuszahlung für das Mitglied in Höhe von 100,00 € pro Mitglied und Jahr für das zurückliegende Kalenderjahr dem Mitglied gewährt, wenn er und alle seine mitversicherten Familienangehörigen die Voraussetzung durch Vorlage des BKK Bonusheftes bis zum 31.03. des Folgejahres vollständig nachweisen.

Der Bonus wird bei Erfüllung jeder weiteren Voraussetzung aus den Punkten 5 – 8 um jeweils 25,00 € erhöht, sofern der Versicherte und alle seine mitversicherten Familienangehörigen, die zu Beginn des Kalenderjahres das 5. Lebensjahr vollendet haben, je einen weiteren Punkt erfüllen.

16. Wahltarife

Die Betriebskrankenkasse bietet Wahltarife nach § 53 SGB V an. Damit schafft sie für ihre Versicherten die Möglichkeit, nach individuellen Bedürfnissen Tarifangebote zu wählen. Darüber hinaus wird durch das Angebot von Wahltarifen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert. Die Teilnahme an den einzelnen Wahltarifen ist freiwillig und unterliegt den verschiedenen Teilnahmebedingungen in der jeweils gültigen Fassung. Die Versicherten können einen oder mehrere Tarife aus dem Angebot der Betriebskrankenkasse wählen.

16.1. Wahltarif „Strukturierte Behandlungsprogramme“

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137 f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme 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
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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.

16.2. Wahltarif „Hausarztzentrierte Versorgung“

Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für den Versicherten freiwillig.

Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz 2 ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel,

Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz 2 kann frühestens 8 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 8 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

16.3. Wahltarif „Integrierte Versorgung“

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. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

16.4. Wahltarife Krankengeld

16.6.1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

16.6.2. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung nach § 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V oder Vorsorgeeinrichtung nach § 23 Abs. 4 SGB V, § 24 SGB V steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen.

16.6.3. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des siebten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V (Tarif S) ab dem 43. Tag Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V (Tarif K) ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Ziffer 16.6.14 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif mit Wirkung zum 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeldwahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

- 16.6.4. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- 16.6.5. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- 16.6.6. Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistung,
 - mit dem Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Ziffer 16.6.15 und 16.6.16,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.

- 16.6.7. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 1.890,-- pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 25,-- € (Tarifschlüssel S25),
 2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 2.485,-- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 45,-- € (Tarifschlüssel S45),

3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 3.080,-- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 65,-- € (Tarifschlüssel S65),
4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 3.750,-- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit 85,-- € (Tarifschlüssel S85).

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezugs eine Umgruppierung nach Ziffer 16.6.17.

- 16.6.8. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- 16.6.9. Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinausgehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags- / Prämienverpflichtungen zu anderen Sozialleistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife nicht.
- 16.6.10. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Ziffer 16.6.4. durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
- 16.6.11. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 180 Tage innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Dreijahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 180. Tages. Sofern im letzten Dreijahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Dreijahreszeitraumes ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach Ziffer 16.6.17. unbeachtlich.
- 16.6.12. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Der

Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens einem Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- 16.6.13. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60 – 62, 65, 66 – 67 SGB I entsprechend.
- 16.6.14. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifs kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.
- 16.6.15. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens einen Monat zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Ziffer 16.6.16. frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- 16.6.16. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.
- 16.6.17. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Ziffer 16.6.8 die in Ziffer 16.6.7 genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne der Ziffer 16.6.3 besteht in diesen Fällen nicht.
- 16.6.18. Aus der Kombination der Karenzzeit nach Ziffer 16.6.3 und der Höhe des Krankengeldes nach Ziffer 16.6.7 ergeben sich die Tarifkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen

Tarifgruppe	Prämie
S 25	27,50 €
S 45	49,50 €

S 65	71,50 €
S 85	93,50 €
K 10	37,80 €
K 12	45,36 €

- 16.6.19. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach Ziffer 16.6.17 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z.B. durch Nichteinlösung der Lastschrift), trägt das Mitglied.
- 16.6.20. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- 16.6.21. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben. Für jeden angefangenen Kalendermonat des Zahlungsverzuges sind zudem Verzugszinsen in Höhe des jeweiligen Interbankentagesgeldzinsatzes auf die rückständigen Prämien zu zahlen.

17. Leistungsausschuss

- 17.1. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch nehmen.

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 Abs. 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 den medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

18. Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten
Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

19. Rücklage

- 19.1. Zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit bildet die Betriebskrankenkasse eine Rücklage in Höhe von 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§261 SGB V).

20. Haushaltsplan und Jahresrechnung

- 20.1. Der Haushaltsplan ist termingerecht vom Vorstand vorzubereiten, aufzustellen und vom Verwaltungsrat festzustellen.
- 20.2. Für die Prüfung der Jahresrechnung wählt der Verwaltungsrat einen Rechnungsprüfungsausschuss. Zu den Mitgliedern dieses Ausschusses können auch Stellvertreter von Mitgliedern des Verwaltungsrates bestellt werden. Der Rechnungsprüfungsausschuss ist befugt, die Bücher und Belege der Betriebskrankenkasse einzusehen und die Vermögensbestände zu prüfen.

Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

21. Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG

Die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Ost übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).

Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK S-H, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Ost weitergeleitet (§ 8 II AAG).

Bezüglich des U1- und U2- Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK-Landesverband Ost die Satzungshoheit übertragen (§9 V AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

22. Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK Schleswig-Holstein werden durch Aushang in den Geschäftsstellen und im Internet unter www.bkk-sh.de veröffentlicht.

Die Aushangfrist beträgt 14 Tage. Auf dem Aushang sind die Tage des Anheftens. Die Aushangfrist und der Tag der Abnahme zu vermerken.

Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

23. Inkrafttreten

Der Nachtrag ist in der Sitzung des Verwaltungsrates am 20.12.2013 beschlossen worden und tritt mit Wirkung zum 01.01.2014 in Kraft.

Glückstadt, 20.12.2013

Hans-Rüdiger Bruchmann
Vorsitzender des Verwaltungsrates