

Satzung
TUI BKK

Stand: 01.01.2017

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a - nicht besetzt -
- § 8b - nicht besetzt -
- § 8c Wahltarif Prämienzahlung
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a - nicht besetzt -
- § 12b Primärprävention
- § 12c Schutzimpfungen
- § 12d Leistungsausschluss
- § 12e Ärztliche Zweitmeinung für den Bereich der orthopädischen Indikationen
- § 12f Ärztliche Zweitmeinung für den Bereich der onkologischen Indikationen
- § 12g Schwangerschaftsleistungen - § 23 SGB V
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
- § 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13c Wahltarif besondere Versorgung
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber
- § 15 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 16a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage zu § 14 der Satzung: BKK AktivPlus Teilnahmebedingungen

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen TUI BKK.

Sie ist errichtet worden am 01. April 2001.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hannover.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der TUI Leisure Travel GmbH und auf das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

I 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 von Jahr zu Jahr, jeweils zum 01. Oktober des Jahres.

II 1. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 6 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

2. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

III 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.

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 Vorstandes 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 zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden 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 freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

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

- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

- VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII 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.
- IX Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er 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 der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hannover.
- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und der Arbeitgeber.
 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 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem 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 sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsbe-
rechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung
nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leis-
tungen 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 Be-
triebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner
sind,
6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Be-
triebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbe-
zug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäfti-
gungsort des Mitglieds vorhanden ist.

V Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die ge-
setzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die ge-
setzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die
Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die
Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden.
Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten
Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das
Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spä-
testens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündi-
gung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird
wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mit-
gliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbe-
scheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im
Krankheitsfall nachweist.
- II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erst-
mals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz,
kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I
Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zu-
satzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrags-
satz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen
Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in ei-

nem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

- III Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse.
- IV Wenn ein Wahltarif nach § 8c gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 8c Absatz VI, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 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 gültigen Fassung.

§ 8a - nicht besetzt -

§ **8b - nicht besetzt -**

§ **8c Wahltarif Prämienzahlung**

- I Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als 3 Monate versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/24 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages. Absatz IV gilt.
- IV Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.
- VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft

bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „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 gültigen Fassung fällig.

- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen

- a) 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.
- b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für 3 Monate gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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 mindern.

II Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt; eine einmalige ärztlich begründete Verlängerung um weitere 2 Wochen ist möglich.
 - wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt; eine einmalige ärztlich begründete Verlängerung um weitere 2 Wochen ist möglich.
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 Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Betriebskrankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

III 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.

IV Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. 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.
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 ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. 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.
6. - nicht besetzt -
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat 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 Grundla-

ge 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 10,0 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung 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 Mitgliedstaat 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.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz 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.

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - (1) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - (2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.
3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.
4. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis um 8,3 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

VI Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Kosten werden in Höhe von 85 v. H. des erstattungsfähigen Betrages bis zu einer maximalen Höhe von insgesamt 400 Euro je Kalenderjahr übernommen. Soweit die Versicherung bei der Betriebskrankenkasse nur für einen Teil des Kalenderjahres besteht, wird die maximale Erstattungshöhe anteilig berechnet. Versicherte, deren Versicherungsverhältnis bei der Betriebskrankenkasse bei Einreichen der Rechnungsunterlagen beendet ist, haben keinen Anspruch auf eine Erstattung nach § 12 Abs. VI.

Zur Erstattung sind personifizierte Originalrechnungen vorzulegen. Art und Umfang einer einzelnen Leistung ergeben sich aus folgenden Regelungen.

1. Zahnärztliche Behandlung

Über die im SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse Versicherten die Kosten für folgende, von Zahnärzten durchgeführte Leistungen:

- Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren im bleibenden Gebiss
- Zahnsteinentfernung innerhalb eines Kalenderjahres
- Bakterientest bei anstehender Parodontosebehandlung
- Kariesinfiltration

2. Professionelle Zahnreinigung

Die Betriebskrankenkasse übernimmt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zweimal je Kalenderjahr die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung (erstattungsfähiger Höchstbetrag 120 Euro je Zahnreinigung).

3. Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzungen dafür sind:

- Der Leistungserbringer erbringt die Leistung in der fachlich gebotenen Qualität.
- Der Leistungserbringer ist Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen oder hat eine Ausbildung absolviert, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Zur Erstattung ist neben Originalrechnungen die ärztliche Verordnung vorzulegen.

4. Hautkrebsvorsorge

Die Betriebskrankenkasse übernimmt für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres ergänzend zum gesetzlichen Anspruch einmalig je Kalenderjahr die Kosten für eine Hautkrebsuntersuchung, wenn eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen, und die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird.

5. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

Über die im SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie. Voraussetzungen dafür sind:

- Die Einnahme ist notwendig, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- Die Verordnung des Arzneimittels erfolgte durch einen Arzt auf einem Privatrezept.
- Das Arzneimittel wurde durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen.
- Das Arzneimittel wurde nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen.

Zur Erstattung ist neben Originalrechnungen die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

6. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

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 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.

Zur Erstattung ist neben den spezifizierten Originalrechnungen die ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

7. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufpauschale

Die Betriebskrankenkasse übernimmt für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufpauschale in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. 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 in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Pauschale 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 abbrechen und zu der Schwangeren zu fahren
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich

8. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Geburtsvorbereitungskurs für Väter

Die Betriebskrankenkasse übernimmt je Schwangerschaft die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für werdende Väter, wenn beide Elternteile bei der Betriebskrankenkasse versichert sind. 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 in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Erstattung erfolgt in Höhe der vereinbarten Vertragssätze und gemäß den Bestimmungen für die Geburtsvorbereitung für Schwangere (Anlage 1 zum Vertrag nach § 134 a SGB V).

9. Gesundheitsuntersuchung

Die Betriebskrankenkasse übernimmt ergänzend zum gesetzlichen Anspruch einmalig je Kalenderjahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit, wenn eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

§ 12a - nicht besetzt -

§ 12b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem:

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. und bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in Höhe von 100 % der entstandenen Kosten, max. aber 155 EUR je Kalenderjahr gewährt.

§ 12c Schutzimpfungen

Ergänzend zu den Schutzimpfungen, die vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für Schutzimpfungen im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit die Betriebskrankenkasse beigetreten ist. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der Kosten, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Sie werden nicht erstattet, wenn und soweit die Kosten von einem Dritten (Arbeitgeber, öffentlicher Gesundheitsdienst usw.) getragen werden oder die Impfung im Rahmen der Verträge zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden kann oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist.

Die Kosten für Gripeschutzimpfungen werden auch übernommen, wenn sie von der Betriebskrankenkasse oder anderen Krankenkassen organisiert und durchgeführt werden.

§ 12d Leistungsausschluss

- I 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.
- II 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.

- § 12e Ärztliche Zweitmeinung für den Bereich der orthopädischen Indikationen**
- I Versicherte, die von ihrem behandelndem Arzt eine Indikation zur Operation aufgrund einer orthopädischen Erkrankung an Extremitäten und Rücken mit den Diagnosen M15 – M24, M40 – M54 und M75 nach ICD erhalten haben, können gemäß § 11 Abs. 6 SGB V innerhalb eines halben Jahres nach Erhalt der Indikation eine ärztliche Zweitmeinung von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sofern diese medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass der nicht zugelassene Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nach Absatz II erfüllt. Die Erfüllung der Anforderungen weist der Leistungserbringer gegenüber der Betriebskrankenkasse nach. Die Inanspruchnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- II Der nicht zugelassene Leistungserbringer garantiert eine qualitätsgesicherte, auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Erkenntnisse basierende Leistungserbringung. Er weist nach, dass er die im 4. Kapitel des SGB V geregelten Anforderungen an die Qualifikation zugelassener Leistungserbringer erfüllt. Insbesondere ist der Nachweis bezüglich folgender Qualitätssicherungsmerkmale gegenüber der Betriebskrankenkasse zu erbringen:
- Qualifikation zum Facharzt für (Neuro-)Chirurgie und/oder Orthopädie,
 - langjährige Berufserfahrung im orthopädischen Bereich und
 - aktive Mitgliedschaft in einer anerkannten Gesellschaft dieses Fachgebiets.
- III Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, welche die Erfüllung der nach Absatz II benannten Anforderungen gegenüber der Betriebskrankenkasse nachgewiesen haben. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.tui-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Betriebskrankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- IV Zur Erstattung der Kosten sind die spezifizierten Rechnungen sowie eine ärztliche Bescheinigung, aus welcher eine Operationsindikation gemäß Absatz I Satz 1 aufgrund einer orthopädischen Erkrankung an Extremitäten und Rücken hervorgeht, gegenüber der Betriebskrankenkasse vorzulegen. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten maximal einmal im Kalenderjahr. Erstattet werden höchstens 300,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

§ 12f Ärztliche Zweitmeinung für den Bereich der onkologischen Indikationen

- I Die Betriebskrankenkasse gewährt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen nach den folgenden Regelungen:
- Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit den nicht zugelassenen Leistungserbringern oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
 - Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über ein Fachforum (Tumorboard). Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der Betriebskrankenkasse unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt.
 - Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der Betriebskrankenkasse und dem beauftragten Dritten. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden. Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.
 - Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zu jeder Zeit eine fachübergreifende Interdisziplinarität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen: Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie und Radiologie sowie den je nach Einzelfall (ICD Codierung) zuständigen Fachärzten belegen.
- II Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code 000-C97- Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle , Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), Weibliche Genitalorgane, Männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schild-

drüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

- III Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse zu widerrufen.
- IV Alle Versicherten der Betriebskrankenkasse können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse krankenversichert sind und eine der unter Absatz II genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
- V Die Betriebskrankenkasse leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen.

Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften des Schutzes der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.

- VI Zur Qualitätssicherung und -verbesserung des Zweitmeinungsverfahrens wird eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt. Für die Auswertung herangezogen werden nur die personenbezogenen Daten derjenigen Teilnehmer, die ausdrücklich und schriftlich dieser Verwendung zugestimmt haben. Vor der Zustimmung werden die Versicherten darauf hingewiesen, dass die Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen auch ohne Teilnahme an der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung möglich ist.

§ 12g Schwangerschaftsleistungen - § 23 SGB V

Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag bezuschusst. Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:

1. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen
Bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes.
2. Toxoplasmose-Screening
Bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).
3. Triple-Test
Bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation.

Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

Insgesamt ist ein Zuschuss von 200,00 EUR je Schwangerschaft möglich.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.

Zur Kostenerstattung sind der Betriebskrankenkasse spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert 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 etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- Strukturierte Behandlungsprogramme für Asthma bronchiale und 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.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert 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 etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten 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 12 Monate. Bei Widerruf der Teilnahme oder Beendigung der Versicherung bei der BKK endet die Teilnahme am Bonusprogramm.
- II Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V oder Leistungen

für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.

- III Der Bonus wird in Form von Prämien gewährt. Eine Prämienauszahlung ist bis zu einer Höhe von 200 Euro möglich. Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten regeln die Teilnahmebedingungen, die als Anlage zu § 14 Bestandteil dieser Satzung sind.
- IV Bonusansprüche verfallen, wenn die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach Abs. 2 nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Teilnahmezeitraumes gemäß Abs. 1 eingereicht werden. Sie verfallen auch bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm sowie bei Beendigung der Versicherung bei der BKK.

§ 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber

- I Der Arbeitgeber und die teilnehmenden Versicherten erhalten einen Bonus, wenn der Arbeitgeber die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt.
- II Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1. und 2. sowie mindestens zwei weitere Punkte nachweist:
 1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF.
 3. Es besteht seit mindestens einem Jahr ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der BKK.
 4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.

6. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
- III Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
1. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.
 2. Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 3. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche / Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - d) Betriebliches Vorschlagswesen
- IV Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:
1. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
 - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
 - c) Wirksame Nichtraucherschutzregelung
 - d) Ermöglichung von BKK-Check-ups während der Arbeitszeit
 - e) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
 - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
 - h) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
 - i) Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.)
 2. Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 3. Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.

4. für mind. 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

§ 15 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Für freiwillige Mitglieder, die selbständig tätig sind oder nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die TUI BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen-Bremen als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse außerdem durch Bekanntgabe im Internet unter www.tui-bkk.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der TUI BKK und seiner Ausschüsse:

Die Entschädigungen für Sitzungen des Verwaltungsrates - einschließlich Ausschüsse - sind sächliche Verwaltungskosten und aus Mitteln der Betriebskrankenkasse zu bestreiten.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse sollen in der Erstattung der Kosten (Tage- und Übernachtungsgelder, Reisekosten usw.) nicht schlechter gestellt werden als die Mitarbeiter der TUI Leisure Travel GmbH.

Die eventuell vorzunehmende steuerliche Behandlung obliegt dem Organmitglied.

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

Die Erstattung der Barauslagen richtet sich nach der jeweils gültigen Reisekostenrichtlinie für Mitarbeiter der TUI Leisure Travel GmbH, maximal begrenzt auf die nach dem Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Beträge und Sätze.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbezuges für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 56 Euro.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein volles Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Der/die Vorsitzende und der/die alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70 Euro.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2. Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird allerdings nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt.

Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage zu § 14 der Satzung

BKK AktivPlus Teilnahmebedingungen

Stand: 01.01.2017

1. Präambel

Mit dem Bonusprogramm BKK AktivPlus möchte die TUI BKK (BKK) einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten gemäß § 65 a SGB V leisten.

2. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind BKK-Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist nicht möglich, solange der Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder nach § 52 a SGB V ausgeschlossen ist.

3. Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfolgt durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten. Die Teilnahme kann frühestens zum Beginn des Vorquartals erklärt werden und endet mit Ablauf von zwölf Monaten (Teilnahmezeitraum). Nach der Anmeldung erhält der Teilnehmer den Bonusnachweis.

Mit Einreichen des Bonusnachweises bei der BKK innerhalb des Teilnahmezeitraumes bzw. mit einer Nachreichfrist von drei Monaten kann die Teilnahme für ein weiteres Jahr auf dem Bonusnachweis erklärt werden und der Teilnehmer erhält einen neuen Bonusnachweis. Die Folgeteilnahme beginnt nach Ablauf des vorherigen Teilnahmezeitraumes. Wird der Bonusnachweis nicht innerhalb des Teilnahmezeitraumes mit einer Nachreichfrist von drei Monaten zurückgesandt, muss erneut schriftlich die Teilnahme erklärt werden.

Mit dem Einreichen des Bonusnachweises erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten für den jeweiligen Teilnahmezeitraum als beendet; weitere Maßnahmen werden nicht berücksichtigt. Eine erneute Teilnahme kann frühestens nach Ablauf des vorherigen Teilnahmezeitraumes erfolgen. Bei Widerruf und Beendigung der Versicherung bei der BKK endet die Teilnahme am Bonusprogramm.

4. Bonusaktivitäten

Die BKK gewährt einen Bonus für die Inanspruchnahme von

- a. Gesundheitsuntersuchung "Check-up" (alle zwei Jahre ab dem vollendeten 35. Lebensjahr)
- b. gesetzliche Krebsvorsorgeuntersuchung

- c. Nachweis der jeweiligen Kinderuntersuchung(en) für das familienversicherte Kind vollständig für den Teilnahmezeitraum
- d. Zahnärztliche Untersuchung
- e. Professionelle Zahnreinigung
- f. Schutzimpfungen
- g. Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs
- h. Aktive sportliche Betätigung (Verein, qualitätsgesichertes Fitness-Studio oder Betrieb)
- i. Sport mit Spaß (z.B. Lauftraining, Volksläufe, geführte Wanderungen, Radtouren), bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter sichergestellt ist
- j. Sonstige sportliche Aktivitäten, die durch ein DOSB-Sportabzeichen nachgewiesen werden können
- k. Nachweis Body-Maß-Index liegt in Normbereich
- l. Teilnahme der Mutter an allen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen oder regelmäßige Teilnahme an einem Kurs Rückbildungsgymnastik

5. Prämienanspruch

Die Teilnehmer weisen die Inanspruchnahme der Leistungen und anderer Präventionsmaßnahmen im Teilnahmezeitraum durch eine Bestätigung des Leistungserbringers oder des durchführenden Anbieters nach. Nach Einsendung des Bonusnachweises erfolgt die Prüfung der eingereichten Maßnahmen anhand der Qualitätskriterien der BKK. Die Auszahlung wird nach Ablauf des individuellen Teilnahmejahres vorgenommen.

Für die Inanspruchnahme von Maßnahmen außerhalb des Teilnahmezeitraumes kann kein Bonus erworben werden. Die Anzahl der durchgeführten und nachgewiesenen Maßnahmen bestimmt die Höhe der Prämie. Eine Prämienausschüttung ist für den Teilnahmezeitraum in folgenden Prämienstufen möglich:

Anzahl der Aktivitäten	Höhe der Prämie
ab 3 Aktivitäten	30 Euro
ab 6 Aktivitäten	60 Euro
ab 9 Aktivitäten	90 Euro
ab 12 Aktivitäten	150 Euro

Ist die nächsthöhere Prämienstufe nicht erreicht, können Einzelmaßnahmen nicht prämiert werden. Ein Übertrag der Prämienstufen auf andere Bonusteilnehmer ist nicht möglich.

Bonusaktivitäten können jeweils einmal prämiert werden. Eine zusätzliche Beantragung derselben Aktivität durch andere Bonusteilnehmer (z. B. anderer Elternteil) ist nicht möglich.

Sind die Voraussetzungen nach Absatz 4 Buchstabe c und l erfüllt, erhöht sich der Bonus auf 200 Euro.

Bei Verlust, Diebstahl oder sonstigem Abhandenkommen des Bonusnachweises kann der Anspruch auf die Prämie nur gewährt werden, wenn die Durchführung der Maßnahmen auf andere Weise nachgewiesen wird. Kosten für die Ausstellung einer Teilnahmebestätigung oder eines Stempels werden von der BKK nicht übernommen.

6. Verfall des Prämienanspruchs

Bonusansprüche verfallen, wenn die Inanspruchnahme von Leistungen und Maßnahmen nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Teilnahmejahres nachgewiesen wird. Der Prämienanspruch verfällt mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BKK. Außerhalb des Versicherungsverhältnisses bei der BKK durchgeführte Maßnahmen können nicht im Bonusprogramm der BKK angerechnet werden.

7. Beendigung / Veränderung des Bonusprogramms

Die BKK behält sich vor, für den Fall gesetzlicher Änderungen sowie auf Grund eines Entscheids des Verwaltungsrates der BKK das Bonusprogramm unter Einhaltung einer angemessenen Frist mit Wirkung für die Zukunft zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen. Die Beendigung / Veränderung des Bonusprogramms wird gegenüber dem Versicherten schriftlich erklärt. Bis dahin gesammelte und bewilligte Maßnahmen können innerhalb eines Jahres nach Einstellung / Veränderung des Bonusprogramms eingelöst werden.

8. Erläuterungen zum Datenschutz

Es gelten die Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten (SGB X) sowie des BDSG.