



Satzung

der

Brandenburgischen BKK

Artikel I	3
Inhalt der Satzung.....	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK	3
§ 2 Verwaltungsrat	4
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsausschuss	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen	9
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 7 Aufbringung der Mittel	13
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 9 Wahltarif Prämienzahlung	13
§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	16
§ 11 Fälligkeit der Beiträge.....	16
§ 12 Erhebung von Mahngebühren.....	17
§ 13 Höhe der Rücklage.....	17
§ 14 Leistungen.....	17
§ 15 Wahltarif Selbstbehalt	36
§ 16 Primärprävention	38
§ 17 Schutzimpfungen.....	40
§ 18 Leistungsausschluss	42
§ 19 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	43
§ 20 Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.....	43
§ 20a Modellprojekt zur Durchführung des DNA-Tests „STADA Diagnostik Statine“	44
§ 21 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	46
§ 22 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	47
§ 23 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	48
§ 24 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	51
§ 25 Wahltarife Krankengeld	55
§ 26 Kooperation mit der PKV	64
§ 27 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 II Nr. 5; 8 II AAG.....	64
§ 28 Aufsicht.....	65
§ 29 Mitgliedschaft zum Landesverband	65
§ 30 Bekanntmachungen	65
Artikel II	65
Inkrafttreten.....	65
Anlage.....	65

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK

- I Die Brandenburgische BKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen:

Brandenburgische BKK

Sie ist errichtet worden am 01.01.1991. Die Brandenburgische BKK hat ihren Sitz in Eisenhüttenstadt.

- II Der Bereich der Brandenburgischen BKK erstreckt sich auf die Betriebe:

1. ArcelorMittal Eisenhüttenstadt GmbH
2. ArcelorMittal Auto Processing Deutschland Eisenhüttenstadt GmbH
3. ArcelorMittal SSC Deutschland Eisenhüttenstadt GmbH
4. Actemium BEA GmbH
5. Burtherm Feuerungsbau GmbH
6. Con-Pro Industrie-Service GmbH & Co.
7. F&S Fernmelde- und Sicherungsanlagenbau GmbH
8. FERROSTAAL Maintenance Eisenhüttenstadt GmbH
9. GEM GmbH
10. Lehnkering Steel Transport & Services GmbH
11. Brunnhuber Eisenhüttenstadt GmbH
12. Qualifizierungszentrum der Wirtschaft GmbH
13. Simpex Hydraulik GmbH

14. Turbo-Service GmbH Rotating Equipment Solutions
15. Unitechnik Automatisierungs GmbH
16. Völkl Eisenhüttenstadt GmbH
17. Vulkan Energiewirtschaft Oderbrücke GmbH
18. Tip – Top Industrievulkanisierung Schwarze Pumpe GmbH

Der Bereich der Brandenburgischen BKK erstreckt sich auf die Region des Bundeslandes Brandenburg. Versichert werden können Personen mit Wohn- oder Arbeitsort im Bundesland Brandenburg.

§ 2 Verwaltungsrat

- I
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Brandenburgischen BKK 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, die jeweils verschiedenen Gruppen angehören müssen.

II Dem Verwaltungsrat der Brandenburgischen BKK gehören als Mitglieder

8 Versichertenvertreter und
4 Vertreter der Arbeitgeber

an.

Die Vertreter der Arbeitgeber haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter.

Die Verteilung der Stimmanteile der Arbeitgeber wird so gewichtet, dass die Stimmenzahl das Verhältnis der in der Brandenburgischen BKK versicherten Mitglieder berücksichtigt. Es wird mit 4 : 2 : 1 : 1 vereinbart.

Sind bei einer Abstimmung nicht alle Versicherten- und Arbeitgebervertreter anwesend, wird der Stimmenanteil der Arbeitgebervertreter auf den der anwesenden Versichertenvertreter festgesetzt.

III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Brandenburgischen BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Brandenburgische BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Brandenburgische BKK 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 Brandenburgischen BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. die Brandenburgische BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
8. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

9. über die Auflösung der Brandenburgischen BKK zu beschließen.
 10. 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.
- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
 - 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 mehr als die Hälfte der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter anwesend sind.
 - 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 BKK gehört 1 Mitglied an.

- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

- III Der Vorstand verwaltet die Brandenburgische BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Brandenburgische BKK 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 Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,

 - 6. die Brandenburgische BKK 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 Brandenburgischen BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Brandenburgischen BKK.
- V Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Brandenburgischen BKK wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Eisenhüttenstadt.
- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 2 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Brandenburgischen BKK und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 2 Stimmen.
 2. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses haben einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt. 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. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Brandenburgischen BKK 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 ist.
 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 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I Zum Kreis der bei der Brandenburgischen BKK 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 der Brandenburgischen BKK nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV Die in Absatz I und II genannten Personen können die Brandenburgische BKK 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 Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Brandenburgischen BKK versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Brandenburgischen BKK versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Brandenburgische BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

V Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Brandenburgischen BKK 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, 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.
- II Erhebt die Brandenburgische BKK nach §242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitrag kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats gekündigt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrag erhöht wird. Die Brandenburgische BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die

Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages 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 Zusatzbeitrag den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Kasse zu wechseln. Kommt die Brandenburgische BKK 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 Zusatzbeitrag erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

- III Mitglieder, die einen Differenzbetrag nach § 242 Abs. 4 Satz 2 SGB V zu zahlen haben, können ihre Mitgliedschaft abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V kündigen. Erhebt die Brandenburgische BKK erstmalig einen Differenzbetrag nach § 242 Abs. 4 Satz 2 SGB V oder erhöht sich dieser, kann die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrages gekündigt werden. Die Brandenburgische BKK hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Dies gilt entsprechend, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V erstmalig oder erneut begründet wird. § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V gilt für das Kündigungsrecht nach diesem Absatz entsprechend.
- IV Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Abs. I, Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzung der Familienversicherung.
- V Wenn ein Wahltarif nach §§ 9, 15 oder 24 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Brandenburgischen BKK frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 9 Abs. VI, 15 Abs. VI oder 24 Abs. XVIII, aber nicht vor Ablauf der Kündi-

gungsfrist gemäß § 175 Abs.4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 24 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

- I Die Mittel der Brandenburgischen BKK werden durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

- I 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.

§ 9 Wahltarif Prämienzahlung

- I Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Brandenburgischen BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Brandenburgischen BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Brandenburgischen BKK erklärt, den Wahltarif Prämienzahlung in Anspruch nehmen zu wollen. Wird die Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahmeab dem Ersten des folgenden Kalendermonats.
- II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Arzt- oder Zahnarztbesuche ohne Verordnungsfolgen,

- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 und 20 d SGB V),
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 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).
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.

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 Brandenburgische BKK gezahlten Jahresbeitrages, höchstens 600 Euro. Selbstständige erhalten eine Prämie in Höhe von 1/12 des im Kalenderjahr von ihnen selbst an die Brandenburgische BKK gezahlten Jahresbeitrages, höchstens 600 Euro. Die Abrechnung erfolgt bei unterjährigem Beginn oder wirksamer Kündigung des Tarifs anteilig für die Monate, für die Tarifbindung bestand.
- IV Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. und bei Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V,

höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahlтарifen nicht überschreiten. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Folgejahr an das Mitglied.

V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahlтарif nach Abs. I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehaltтарifwählt oder gewählt hat.

VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahlтарif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Brandenburgischen BKK seine Teilnahme an dem Wahlтарif nach Abs. I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs.4 Satz 1 gekündigt werden.

Der Wahlтарif 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.

Bei Verlängerung besteht eine Bindungsfrist von einem Jahr. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahlтарif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK.

VII Für den Wahlтарif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahlтарif 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.

Bei Änderungen der Tarifbedingungen endet die Bindung des Mitglieds automatisch. Es ist eine Neuwahl des Nachfolgetarifs notwendig, für den dann erneut die Mindestbindung von einem Jahr gilt.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Brandenburgische BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 1,3 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 11 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. Im Übrigen gilt § 23 SGB IV.
- II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages 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 den 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 fällig mit der

Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 12 Erhebung von Mahngebühren

Die Mahngebühren werden entsprechend § 2 der Verwaltungsvorschriften des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes des Bundeslandes Brandenburg erhoben.

§ 13 Höhe der Rücklage

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

§ 14 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Brandenburgischen BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 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 mildern.

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegbedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i.V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe, für die Dauer einer Krankenhausbehandlung oder für die Dauer einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten einer Haushaltshilfe, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(1) Versicherte erhalten darüber hinaus Haushaltshilfe, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen. Die Haushaltshilfe wird übernommen,

- a) wenn der Versicherte ambulant operiert wird und dadurch eine an sich gebotene vollstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder wenn eine stationersetzende ambulante Behandlung erfolgt, für den Zeitraum der ärztlich bescheinigten Notwendigkeit, jedoch längstens für den Zeitraum, für den Krankenhauspflge zu erbringen gewesen wäre bis zu einer Dauer von 2 Wochen,
- b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung im Anschluss an eine stationäre Behandlung nicht möglich ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 2 Wochen je Krankheitsfall gewährt,
- c) neben den in Absätzen 1 und 2 genannten Fällen haben Versicherte Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts auf Grund einer schwerwiegenden Krankheit nicht möglich ist. Hierzu zählen
1. onkologische Erkrankungen, insbesondere zur Chemo- oder Strahlentherapie. Der Anspruch besteht in diesen Fällen für längstens 28 Behandlungstage der Chemotherapie im Kalenderjahr,
 2. Frakturen für längstens 14 Tage im Kalenderjahr.
- d) wenn und so lange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes wegen einer Hospizbehandlung nach § 39a SGB V nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, sofern im Haushalt ein oder mehrere Kinder leben, die bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Brandenburgische BKK 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 Abs. 5 i. V. m. § 61 SGB V.

IV 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 Nettoarbeitsentgeltes 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.

V Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen durch schriftliche Erklärung gegenüber der Brandenburgischen BKK Kostenerstattung für die Leistungen wählen, die sie nach dem Vierten Kapitel des SGB V von zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Hierüber haben sie die Brandenburgische BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht zugelassene Leistungserbringer dürfen nach vorheriger Zustimmung der Brandenburgischen BKK in Anspruch genommen werden, wenn sie zu den im Vierten Kapitel des SGB V genannten

Berufsgruppen gehören und medizinische oder soziale Gründe ihre Inanspruchnahme rechtfertigen sowie eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die kollektiv auf eine Zulassung verzichtet haben (§ 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V), ist ausgeschlossen.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte 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 Brandenburgische BKK davon Kenntnis erhält.

Wurde ein Wahltarif nach § 15 Abs. I gewählt (Selbstbehalt), gilt die Kündigungsfrist des § 15 Abs. VI entsprechend.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Brandenburgische BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte.
6. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des

Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des 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.

Die gesetzlich vorgesehenen 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 Brandenburgische BKK 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.

9. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

(1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die Brandenburgische BKK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat.

Gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 129 Abs. 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 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

- a) als dasjenige, für das die Brandenburgische BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
- b) das gemäß § 129 Abs. 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. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Brandenburgische 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. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der Brandenburgischen BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie um 1 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im

Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

10. Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

(1) Osteopathie

- a) Versicherte der Brandenburgischen BKK können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Behandlungsmethode darf nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
- b) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt oder der über ein „Diplom osteopathische Befunderhebung und Therapie (D.O.B.T.) der Ärztevereinigung für Manuelle Medizin (ÄMM) verfügt.
- c) Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 Euro je Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen, sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

(2) Homöopathie

- a) Versicherte der Brandenburgischen BKK können mit einer ärztlichen Bescheinigung homöopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- b) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird, der ein Homöopathie-Diplom des DZVhÄ erworben hat oder eine vergleichbare anerkannte Qualifikation nachweisen kann.
- c) Folgende Leistungen gehören zur homöopathischen Versorgung:
- Homöopathische Erstanamnese
 - Repertorisation
 - Homöopathische Folgeanamnesen
 - Homöopathische Beratungen
- d) Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten für die Erstanamnese und maximal fünf Folgeanamnesen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 100 Euro für die Erstanamnese und 50 Euro je Folgeanamnese. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- (3) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)
- a) Die Brandenburgische BKK erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

- 1) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - 2) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privat-rezept erfolgte und
 - 3) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versand-handels bezogen wurde.
- b) Die Brandenburgische BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach a) in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
- c) Zur Erstattung sind der Brandenburgischen BKK die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
- d) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 24 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
- e) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (4) Endodontische Behandlungen (Wurzelbehandlung)
- a) Versicherte können im Rahmen einer Vereinbarung der Brandenburgischen BKK mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) bei endodontischen Behandlungen Behandlungsverfahren nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand wählen, die ansonsten nicht von der vertragszahnärztlichen Versorgung umfasst sind. Wählen Versicherte Wurzelbehandlungen

nach neuestem wissenschaftlichem Stand, verlieren sie ihren Anspruch auf die zu Grunde liegende Sachleistung nicht.

- b) Die Mehrkosten des zahnärztlichen Mehraufwandes rechnet der Zahnarzt nach entsprechender vorheriger Aufklärung des Patienten und schriftlicher Vereinbarung mit dem Patienten auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) direkt ab.
- c) Neben der qualitätsgesicherten Wurzelkanalbehandlung nach der Vereinbarung der Brandenburgischen BKK mit der KZVLB bietet der Vertragszahnarzt den Versicherten der Brandenburgischen BKK als Alternative eine zuzahlungsfreie endodontische Behandlung an.

(5) Hebammenrufbereitschaft

- a) Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten von bis zu 200 Euro für die Hebammenrufbereitschaft bei teilnehmenden Hebammen.
Die Rufbereitschaft bezieht sich auf alle geplanten Entbindungen und gilt für die Betreuung durch eine persönlich ausgewählte Hebamme.
- b) Die Hebamme erbringt die Rufbereitschaft in der Regel innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Innerhalb dieser Zeit ist die Hebamme zu jeder Tages- und Nachtzeit und auch an Wochenenden und Feiertagen für die Schwangere telefonisch erreichbar. Die Hebamme verpflichtet sich in dieser Zeit jederzeit voll umfänglich zur Verfügung zu stehen, außer sie betreut gerade eine andere Geburt. Dafür muss allerdings eine Vertretungshebamme zur Verfügung stehen.
- c) Die Kosten der Hebammenrufbereitschaft werden von der Brandenburgischen BKK übernommen und direkt zwischen der Hebamme und der Brandenburgischen BKK abgerechnet.

(6) Kostenübernahme künstliche Befruchtung

- a) Die Brandenburgische BKK übernimmt für ihre Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung entsprechend der Regelung nach § 27a SGB V haben, neben dem gesetzlich definierten 50 v.H. der Behandlungskosten weitere 25 v.H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen.
Die Kostenerstattung erfolgt auf der Grundlage einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen Leistungserbringers.
- b) Maßgebend für die Beurteilung der medizinischen Erfordernisse sind grundsätzlich die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.
- c) Die Leistung ist ausgeschlossen, wenn einer der Ehepartner bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert ist.

(7) Baby-Begrüßungsgeld

Bei der Brandenburgischen BKK versicherte Kinder, die nach dem 31.03.2013 geboren wurden, erhalten ein Baby-Begrüßungsgeld, wenn sie die folgenden Voraussetzungen nachweisen und die Mutter und/oder der Vater bei Beantragung des Baby-Begrüßungsgeldes ungekündigt bei der Brandenburgischen BKK versichert ist/sind :

- a) Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Feststellung der Schwangerschaft entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.2)

- b) Vollständige Inanspruchnahme der regelmäßigen ärztlichen gynäkologischen Kontrolluntersuchungen bzw. der Kontrolluntersuchungen durch eine zugelassene berechnigte Hebamme entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.4)

- c) Durchführung von drei Ultraschall-Screenings entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.5)

- d) Vollständige Beratung der Schwangeren hinsichtlich Ernährung, HIV-Test, Zahngesundheit für Mutter und Kind entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.1)

- e) Durchführung eines Glukosebelastungstests im Rahmen eines Screenings im Zeitraum zwischen der 24. +0 und der 27. + 6 Schwangerschaftswoche entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.8)

- f) Nachweis der durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U4.

- g) Das Baby-Begrüßungsgeld beträgt:
120 Euro, wenn Mutter oder Vater und Kind zum Zeitpunkt der Beantragung des Baby-Begrüßungsgeldes ungekündigt bei der Brandenburgischen BKK versichert sind.

200 Euro, wenn Mutter und Vater und das Kind zum Zeitpunkt der Beantragung des Baby-Begrüßungsgeldes ungekündigt bei der Brandenburgischen BKK versichert sind.

- h) Das Begrüßungsgeld erhöht sich um jeweils 50 Euro je Kind bei Mehrlingsgeburten.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird mit dem Mutterpass und dem Bonusheft für Kinder nachgewiesen. Das Begrüßungsgeld ist bis zur Vollendung des 6. Lebensmonats des Kindes zu beantragen.

(8) Zusätzliche Leistungen für Schwangere

- a) Die Brandenburgische BKK übernimmt für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate.
- b) Erstattet werden die pro Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordnet und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wird. Die Erstattung erfolgt einmalig pro Schwangerschaft nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung der Apotheke und der ärztlichen Verordnung.
- c) Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den in Absatz 1 genannten Wirkstoffen ist nicht möglich.

d) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

e) Schwangere Versicherte der Brandenburgischen BKK erhalten einen Zuschuss zu folgenden, nach entsprechender ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt in Anspruch genommenen, vorgeburtlichen nichtinvasiven Ergänzungsuntersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:

zusätzliche Blutuntersuchungen (B-Streptokokken, Toxoplasmose (IgG und IgM), Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen),

zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (Dopplersonografie, weiterführende Ultraschallkontrolle),
soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind.

f) Der auf einen Betrag von insgesamt 150,00 EUR pro Schwangerschaft begrenzte Zuschuss wird der Versicherten nach Vorlage der Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxis/-praxen bzw. des Labors erstattet.

g) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24d SGBV in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

(9) Kostenerstattung bei Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern - ambulante Behandlung

a) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die

Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die Brandenburgische BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine entsprechende Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung mit einschließt. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

- b) Die Brandenburgische BKK schließt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am quantifizierten Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit solchen Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Der Leistungserbringer muss über eine vergleichbare Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
- c) Die Brandenburgische BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach b) getroffen wurde. Aus dem Verzeichnis ergeben sich die Leistungsinhalte sowie mögliche Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis kann auf Wunsch der Versicherten zugesandt werden.
- d) Für die veranlassten Leistungen gilt § 12 Abs. IV entsprechend.

(10) Nicht verordnungsfähige Hilfsmittel (Lichttherapiegeräte)

- a) Die Brandenburgische BKK erstattet die Kosten für nicht verordnungsfähige Hilfsmittel für eine Lichttherapie, sofern
 - 1) deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine saisonal abhängige Depression (Winterdepression) zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu

lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde;

- 2) die Verordnung des Hilfsmittels durch einen Facharzt für Psychotherapie oder Nervenheilkunde oder vergleichbarer Qualifikation auf Privatrezept mit dem Hinweis „saisonal abhängige Depression“ erfolgte;
 - 3) es sich um CE zertifiziertes Gerät mit einer Lichtintensität > 2.500 und < 10.000 Lux handelt.
- b) Zweckmäßig ist die Anwendung der Lichttherapie gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ für Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierend depressiven Störungen, die einem saisonalen Muster folgen. Eine Erstattung der Leistung nach Absatz I kann daher nur erfolgen, wenn in der fachlich gebotenen Qualität die Diagnose rezidivierende depressive Störung (ICD 10-GM Version 2012 Schlüssel F33.0 und F33.1) sowohl im Zeitraum Januar bis März als auch im Zeitraum Oktober bis Dezember desselben Jahres und somit in mind. zwei aufeinanderfolgenden Wintern erfolgte (saisonales Muster).
- c) Ein saisonales Muster liegt nicht vor und daher auch keine Erstattungsgrundlage, wenn eine depressive Episode (ICD 10-GM Version 2012 Schlüssel: F32 ff.) diagnostiziert wurde oder die Diagnose außerhalb des in Abs. II genannten Zeitraumes gestellt wird.
- d) Die Brandenburgische BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Hilfsmittel nach a) einmalig in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150 Euro pro Versicherten.

- e) Zur Erstattung sind der Brandenburgischen BKK die spezifizierten Originalrechnungen des Herstellers und die ärztliche Verordnung hierüber vorzulegen.

(11) Ärztliche Zweitmeinung

- a) Versicherte, die von ihrem behandelnden Arzt eine Indikation der ICD Codierungen des Kapitel II (Neubildungen) erhalten haben, können gemäß § 11 Abs. 6 SGB V eine ärztliche Zweitmeinung von einem interdisziplinären medizinischen Fachforum - genannt Tumorboard - zur Spezifizierung einer stationären Behandlung bzw. zur Erarbeitung eines Weiterbehandlungskonzeptes im Rahmen der Versorgung mit ambulanter Weiterbehandlung im Bereich Haus- und Fachärzte sowie erforderlichenfalls radiologischer und chemotherapeutischer Leistungen in Verbindung mit einem patientenspezifischen Beratungs- und Weiterbetreuungsangebot in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- b) Die Tumorboards gewährleisten eine interdisziplinäre Zusammenstellung, die mindestens folgende Fachrichtungen beinhaltet: Chirurgie, Onkologie, Radiologie, Pathologie sowie die spezifischen Fachrichtungen je nach ICD Codierung der befallenen Organbereiche (Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe, Pulmologe, Hämatologe).

Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten der Ärztlichen Zweitmeinung in Höhe von 379 Euro. Es erfolgt eine Direktabrechnung mit der Brandenburgischen BKK, d.h. der Versicherte muss nicht in Vorleistung treten.

(12) Gesundheitskonto

Versicherte der Brandenburgischen BKK können über ihr Gesundheitskonto Leistungen in Höhe von 1.150 Euro jährlich (Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 1.130 Euro) in Anspruch nehmen.

Bonusprogramm für Erwachsene „Gesund leben“
(§ 22 Abs. I-III der Satzung)

Versicherte erhalten im Bonusprogramm bis zu 240 Euro jährlich.

Bonusprogramm für Kinder und Jugendliche „Kids plus“
(§ 22 Abs. IV - VI der Satzung)

Kinder und Jugendliche können im Programm bis zu 220 Euro jährlich erhalten.

Osteopathie und alternative Behandlungsmethoden
(§ 14 Abs. V Nr. 10 (1) - (3) der Satzung)

Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten für Homöopathie bis zu 350 Euro jährlich und für Osteopathie bis zu 300 Euro im Jahr. Darüber hinaus werden Arzneimittel der alternativen Medizin bis zu 100 Euro erstattet.

Kurse und Aktivwoche
(§ 16 der Satzung)

Zu Kursen erhält jeder Versicherte der Brandenburgischen BKK zwei Mal jährlich einen Zuschuss in Höhe von bis zu 80% der Kurskosten, maximal 80 Euro. Das sind 160 Euro jährlich. Alternativ wird dieser Zuschuss bei Durchführung einer Aktivwoche geleistet.

§ 15 Wahltarif Selbstbehalt

- I Mitglieder können entsprechend den folgenden Tarifen einen Selbstbehalt mit Prämienzahlung wählen:

	beitragspflichtige Einkünfte (jährlich)	Prämienzahlung	Selbstbehalt
SB 100	0 - 8.000 €	<100 € (20 % v. KV-Beitrag)	120 €
SB 120	8.001 € - 16.000 €	120 €	200 €
SB 160	16.001 € - 24.000 €	160 €	280 €
SB 200	24.001 € - 32.000 €	200 €	360 €
SB 300	32.001 € - unter BBG	300 €	500 €
SB 500	über BBG	500 €	1.000 €

Die Wahl des Tarifes richtet sich nach den individuellen beitragspflichtigen Einnahmen.

- II Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnungsfolgen
- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 und 20 d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien
- III Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der der Brandenburgischen BKK tatsächlich entstandenen Aufwendungen.
- IV Die Zahlung der Prämie an das Mitglied erfolgt jährlich im Voraus und ist an die Erteilung einer Bankeinzugsermächtigung gebunden. Der Einzugsbetrag ist auf die jeweils gewählte Selbstbehaltssumme begrenzt.
- V Die Endabrechnung für Mitglieder, die nicht vollumfänglich Kostenerstattung gewählt haben, erfolgt, sobald der Brandenburgischen BKK sämtliche Leistungs- und Beitragsdaten für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen, frühestens im Juli. Die Brandenburgische BKK ermittelt den Unterschiedsbetrag von Prämie und Selbstbehalt für das abgelaufene Kalenderjahr. Sind keine Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. II in Anspruch genommen worden, verbleibt es bei der Prämienzahlung. Sind Leistungen mit Ausnahme, der in Abs. II genannten Leistungen beansprucht worden, erfolgt eine Verrechnung mit der gezahlten Prämie. Ist die Summe der Selbstbehalte nach Abs. I höher als die Prämie, werden die Prämie und zusätzlich der Betrag, maximal bis zum gewählten Selbstbehalt dem Mitglied berechnet. Der ermittelte Betrag wird vom Konto des Mitgliedes abgebucht.
- VI Die Wahl des Selbstbehalts mit Prämienzahlung wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Monatsersten. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt mit Prämienzahlung während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Abs. I und die Prämienzahlung anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.
- Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Abs. I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonder-

kündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

- VII Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Brandenburgischen BKK seine Teilnahme am Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist 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 Verlängerungszeitraumes kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK.

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.

§ 16 Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Brandenburgische BKK auf der Basis des - Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils

gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheits-sportliche Aktivität
- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeigneterhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)Suchtmittelkonsum:
- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die BrandenburgischeBKK ist auf maximal zwei Kurse

pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Leistungen, die von der Brandenburgischen BKK 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 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 80 Euro zweimal im Kalenderjahr gewährt.

Bei Empfängern von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung erstattet die Brandenburgische BKK nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Leistung die Kosten vollständig und für die Versicherten vorleistungsfrei direkt an den Leistungserbringer.

Alternativ zu den zuvor genannten Leistungen werden die BKK-Aktivwoche und vergleichbare, den v. g. Handlungsleitfaden entsprechende Leistungen, einmal jährlich bezuschusst. Der Zuschuss beträgt für erwachsene Versicherte 160 Euro und für Kinder ab dem 6. Lebensjahr 110 Euro.

Der Zuschuss für das WellAktiv-Angebot und für das fitforwell Programm beträgt alternativ zu den zuvor genannten Leistungen 150 Euro pro Kalenderjahr.

§ 17 Schutzimpfungen

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

- II Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).
- III Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Brandenburgische BKK die Kosten des Impfstoffes und für die Injektion ein Betrag höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Der Brandenburgischen BKK entgangene Vertragsrabatte sind abzusetzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

Dasselbe gilt für folgende Reiseschutzimpfungen wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- kombinierte Impfung gegen Hepatitis A und B (Twinrix)
- Japanische Enzephalitis
- Malaria
- Meningokokken-Meningitis
- Tollwut
- Typhus

Die Brandenburgische BKK übernimmt die Kosten der Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für Mädchen und Jungen und junge Frauen und junge Männer im Alter zwischen zwölf und 26 Jahren, sowie gegen Herpes zoster (Gürtelrose) für alle Personen über 50 Jahre. Darüber hinaus übernimmt die Brandenburgische BKK bei der Impfung gegen Meningokokken B

den neuen Impfstoff (4CMenB). Der Brandenburgischen BKK entgangene Vertragsrabatte sind abzusetzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt, die Impfung im Rahmen der Verträge zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden kann.

§ 18 Leistungsausschluss

- I 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 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 Brandenburgischen BKK 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 Brandenburgischen BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Brandenburgischen BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Brandenburgische BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 19 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V zahlt die Brandenburgische BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 Euro.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder (bis 4 Jahre) beträgt der Zuschuss 21 Euro.

§ 20 Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- I Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Gestaltung der Leistungen der Brandenburgischen BKK. Die Modellvorhaben verfolgen dabei vier übergeordnete Ziele:
 - a) Die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.
 - b) Die Effizienz der medizinischen Versorgung steigern.
 - c) Die medizinische Versorgung mit innovativen Ansätzen voranbringen.
 - d) Die Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen und am Bedarf der Versicherten der Brandenburgischen BKK ausrichten.

- II Die Brandenburgische BKK leistet einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu diesem Zweck kann die Brandenburgische BKK Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 (Strukturmodelle) und Abs. 2 SGB V (Leistungsmodelle) allein oder zusammen mit anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbänden durchführen oder die Durchführung des jeweiligen Vorhabens mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.

- III Strukturmodelle im Sinne des § 63 Abs. 1 SGB V dienen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und

Vergütungsformen der Leistungserbringung. Ziel ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Eventuelle Mehraufwendungen werden durch eine aus den Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundenen Kostensenkungen kompensiert. Einsparungen kommen den Vertragspartnern, den Maßnahmen der Vorhaben oder den am Modellvorhaben beteiligten Versicherten zu Gute. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird Rechnung getragen.

- IV Leistungsmodelle im Sinne des § 63 Abs. 2 SGB V dienen der Optimierung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen. Modellvorhaben können nur zu Leistungen durchgeführt werden, über deren Eignung als Leistung der Krankenkasse die Bundesausschüsse keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie die Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.
- V Die Dauer der Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens acht Jahre. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zu Grunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Es erfolgt entsprechend § 65 SGB V eine wissenschaftliche Begleitung.
- VI Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig, sofern die Vorhaben eine Teilnahme vorsehen. Die Voraussetzungen und Modalitäten der Teilnahme sowie des Ausscheidens von Versicherten werden im jeweiligen Modell geregelt.

§ 20a Modellprojekt zur Durchführung des DNA-Tests „STADA Diagnostik Statine“ gemäß §§ 63 Abs. 1, 64 Abs. 1 SGB V

Die Brandenburgische BKK führt ein Modellprojekt gemäß §§ 63 Abs. 1 und 64 Abs. 1 SGB V bezüglich der Effektivität und Qualität des neuen DNA-Tests

„STADA Diagnostik Statine“ durch. Das Projekt wird über einen Zeitraum von 3Jahrenandauern.

Ziel ist es, dauerhaft die Belastung von Nebenwirkungen zu senken und die Einstellung mit Statinen zu optimieren. Zielgruppe sind die Versicherten, bei denen die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit einem Statin besteht und die bereits fünf andere Wirkstoffe einnehmen oder bei denen nach ärztlicher Einschätzung die Einstellung auf ein geeignetes Statin sehr schwierig ist bzw. bei denen nicht vertretbare Nebenwirkungen auftreten. Bei der Therapie mit einem Statin ist es von besonderer Bedeutung, ein geeignetes Präparat in der richtigen Dosierung einzusetzen. Nur auf diese Weise kann eine optimale Wirkung mit möglichst geringen Nebenwirkungengewährleistet werden. Der Einsatz eines Statines soll eine, durch einen zu hohen Cholesterin-Spiegel im Blut, verursachte Arterienverkalkung und damit die Entwicklung von schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern. Somit ist es ein weiteres Ziel des Modellprojektes, diesen Erkrankungen vorzubeugen und damit verbundene erhöhte Kosten zu vermeiden. Durch die schnelle und verbesserte Einstellung mit Statinen mittels des DNA-Tests sollen zudem Risiken und Kosten minimiert werden, die dadurch entstehen, dass vermehrt durch Ausprobieren möglicher geeigneter Präparate zum Teil schwere Nebenwirkungen auftreten und das eigentliche Therapieziel verzögert oder gar verhindert wird.

Der in dem Modellprojekt vorgeschriebene Ablauf sieht folgendermaßen aus:

Der Versicherte erwirbt den Gentest STADA Diagnostik Statine der Firma STADA Arzneimittel AG in der Apotheke. Der behandelnde Arzt berät den Patienten über den Gentest, entnimmt eine Blutprobe und versendet diese zur Analyse an das Labor Humatrix AG; Reißstraße 1a, 64319 Pfungstadt. Nach erfolgter Laboranalyse erhält der behandelnde Arzt die Ergebnisse der Laboranalyse, wertet diese mit dem Patienten aus und verordnet daraufhin das geeigneteste Statin. Anschließend nimmt der teilnehmende Arzt an einer Befragung im Rahmen der mit der Hochschule Fresenius vereinbarten Evaluation teil.

Die Brandenburgische BKK erstattet die Kosten für den Gentest in Höhe von 261,43 EURO und die ärztliche Leistung in Höhe von 35,03 EURO. Der Versicherte weist die Kosten gegenüber der Brandenburgischen BKK anhand von spezifizierten Originalrechnungen nach. Die budgetierte Gesamtvergütung wird nicht bereinigt.

Die Evaluation erfolgt durch Prof. Uwe May von der Hochschule Fresenius Idstein. Im Rahmen der Evaluation werden drei Befragungen der Versicherten im Abstand von jeweils sechs Monaten durchgeführt:

- Die T0-Befragung erfolgt vor der Durchführung des Tests
- Die T1-Befragung erfolgt 6 Monate nach der Durchführung des Tests
- Die T2-Befragung erfolgt 12 Monate nach der Durchführung des Tests.

Der teilnehmende Versicherte erklärt sich mittels einer Einverständniserklärung zur Durchführung der Befragung gegenüber der Brandenburgischen BKK einverstanden. Prof. Uwe May von der Hochschule Fresenius Idstein wertet die Befragung aus und erstellt im Rahmen des Modellprojektes einen Evaluationsbericht gemäß § 65 SGB V und veröffentlicht diesen.

§ 21 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I Die Brandenburgische BKK 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, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Brandenburgische BKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das

Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsverbot. Die Brandenburgische BKK stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

- III Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Abs. II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Abs. II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Brandenburgischen BKK schriftlich zu erklären.

§ 22 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I Die Brandenburgische BKK führt im Rahmen von § 137f 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 Erkran-

kung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 23 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie folgende Voraussetzungen nachweisen:

1. Versicherte nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Versicherte nehmen jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V teil.
3. Versicherte nehmen an der Darmkrebsfrüherkennung für Männer und Frauen ab 50 Jahren teil.
4. Versicherte nehmen eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch, ausgenommen davon sind die BKK-Aktivwoche, WellAktiv, fitforwell Gesundheitsreisen oder vergleichbare Leistungen.
5. Versicherte nehmen eine qualitätsgesicherte Maßnahme zur professionellen Zahnreinigung in Anspruch.
6. Versicherte sind aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio. Als qualitätsgesichert gelten alle Fitnessstudios, die die Voraussetzungen als Leistungserbringer auf der Basis des Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung erfüllen.

7. Versicherte sind aktives Mitglied in einem Sportverein mit aktueller olympischer Sportart.
 8. Versicherte nehmen die Vorsorgeuntersuchung zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs wahr.
 9. Schwangerere haben die Vorsorgeuntersuchung gegen Toxoplasmosedurchführen lassen.
 10. Schwangere haben an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen.
 11. Versicherte haben eine Blutspende abgegeben.
- II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonusheft quittiert. Das BKK-Bonusheft gilt für das Kalenderjahr. Es muss bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres bei der Brandenburgischen BKK eingereicht werden. Die Boni werden nach Ablauf des Jahres als Einmalzahlung an die Versicherten überwiesen. Der Anspruch auf eine Bonus-Zahlung besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis des Antragstellers vorliegt.
- III Der Bonus für die Punkte 1 - 3 und 7 - 11 wird den Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung in Höhe 20 Euro pro Kalenderjahr erstattet. Der Bonus nach Punkt 4 wird den Versicherten in Höhe von zweimal 20 Euro für 2 Maßnahmen der primären Prävention im Kalenderjahr erstattet. Für die professionelle Zahnreinigung erhalten die Versicherten pro Kalenderhalbjahr eine Beitragsermäßigung in Höhe von 20 Euro. Den Bonus nach Punkt 6 erhalten die Versicherten als einmalige Beitragserstattung in Höhe von 20 Euro pro Kalenderhalbjahr. Der Bonus nach Punkt 4 und Punkt 6 darf nur alternativ in Anspruch genommen werden. Die Versicherten können somit einen maximalen Bonus-Betrag von 240 Euro pro Kalenderjahr erhalten.

IV Versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie folgende Aktivitäten nachweisen:

1. Es wurden alle Vorsorgeuntersuchungen bis zum Ende des 6. Lebensjahres (U1-U9) absolviert.
2. Nach Vollendung des 10. Lebensjahres wurden die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach § 26 Abs. I SGB V U10, U11 und J1 in Anspruch genommen.
3. Es wurden alle Schutzimpfungen gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommision im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen.
4. Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr wurde ein Sportabzeichen erworben (z.B. Seepferdchen).
5. Es besteht eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein mit aktueller olympischer Sportart.
6. Im Alter zwischen sechs und 18 Jahren wurde jedes Halbjahr an der zahnärztlichen Untersuchung/Individualprophylaxe gemäß § 22 Abs.1 SGB V teilgenommen.
7. Es wurde an einer qualitätsgesicherten Leistung der Primärprävention gemäß § 20 Abs.1 SGB V teilgenommen, ausgenommen davon sind die BKK-Aktivwoche, WellAktiv, fitforwell Gesundheitsreisen oder vergleichbare Leistungen. Alternativ dazu sind die Versicherten aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio. Als qualitätsgesichert gelten alle Fitnessstudios, die die Voraussetzungen als Leistungserbringer auf der Basis des Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung erfüllen.

8. Es wurde eine Vorsorgeuntersuchung zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs durchgeführt.

9. Es wurde eine qualitätsgesicherte Maßnahme zur professionellen Zahnreinigung durchgeführt.

V Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonusheft quittiert. Das BKK-Bonusheft gilt für das Kalenderjahr. Es muss bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres bei der Brandenburgischen BKK eingereicht werden. Die Boni werden nach Ablauf des Jahres als Einmalzahlung an die Versicherten überwiesen. Der Anspruch auf eine Bonus-Zahlung besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis des Antragstellers vorliegt.

VI Der Bonus für den Punkt 1 beträgt 50 Euro. Wurden die Vorsorgeuntersuchungen U1 – U4 bereits beim Baby-Begrüßungsgeld berücksichtigt, beträgt der Bonus 30 Euro. Der Bonus für die Punkte 2 - 5 und 8 beträgt 20 Euro im Kalenderjahr. Der Bonus für die Inanspruchnahme der Individualprophylaxe/Untersuchung nach Punkt 6 beträgt 20 Euro pro Kalenderhalbjahr. Der Bonus nach Punkt 7 beträgt jeweils 20 Euro für 2 Maßnahmen der primären Prävention im Kalenderjahr. Für die professionelle Zahnreinigung nach Punkt 9 erhalten die Versicherten pro Kalenderhalbjahr einen Bonus in Höhe von 20 Euro. Die Versicherten können somit einen maximalen Bonus-Betrag von 210 Euro pro Kalenderjahr erhalten.

§ 24 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

I Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er für seine Arbeitnehmer Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kostenlos anbietet und der Brandenburgischen BKK das nachweist. Die Maßnahmen dürfen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen des Arbeitgebers nach dem Arbeitsschutz-

gesetz sein. Die Brandenburgische BKK schließt mit von ihr ausgewählten Unternehmen für alle oder ausgewählte Betriebsteile eine Bonusvereinbarung. Der Bonus ist an den Nachweis folgender Bedingungen geknüpft.

II Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1 und 2 sowie mindestens zwei der Punkte 3 bis 5 nachweist:

1. Das Unternehmen stellt finanzielle und/oder personelle Ressourcen für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung, die für folgende Maßnahmen verwendet werden müssen (neben Punkt (1) müssen mindestens 4 weitere Punkte erfüllt sein):

- (1) Angebot kostenloser Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die sich auf die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung konzentrieren sowie Suchtprävention nach Maßgabe des § 20 Abs. 2 SGB V
- (2) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung
- (3) Ermöglichung von Gesundheitschecks oder Screenings während der Arbeitszeit
- (4) Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- (5) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
- (6) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
- (7) Angebot kostenloser Gesundheitssportangebote im Rahmen des Betriebssports
- (8) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung

(9) Teilnahme am Audit „Familie und Beruf“

(10) Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte

2. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt.
3. Das Unternehmen nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung als Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen auf.
4. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
5. Es besteht seit mindestens einem Jahr ein Arbeitskreis Gesundheit, an dem die Brandenburgische BKK beteiligt ist, im Unternehmen.

Der Bonus der Stufe 1 beträgt 1/24 des Betrages, der im Abrechnungsjahr vom Arbeitgeber an die Brandenburgische BKK abgeführten Arbeitgeberanteile des Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Bonus wird für jeden aktiven Teilnehmer an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen gezahlt, der bei der Brandenburgischen BKK versichert ist.

III Der Bonus der Stufe 2 ersetzt den Bonus der Stufe 1, wenn der Arbeitgeber die Bedingungen nach dem Bonusprogramm Stufe 1 erfüllt und zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:

1. Alle 2 Jahre werden gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung erhoben oder es wird ein Gesundheitsbericht erstellt. Die Ergebnisse werden der Brandenburgischen BKK zur Verfügung gestellt.

2. Das Unternehmen wertet gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Prozessen erhoben werden (mindestens zwei der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

(1) Gesundheitszirkel

(2) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess

(3) Mitarbeitergespräche/Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche

(4) Betriebliches Vorschlagwesen

Der Bonus der Stufe 2 beträgt 1/18 des Betrages der im Abrechnungsjahr vom Arbeitgeber an die Brandenburgische BKK abgeführten Arbeitgeberanteile des Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Bonus wird für jeden aktiven Teilnehmer an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen gezahlt, der bei der Brandenburgischen BKK versichert ist.

IV Der Bonus der Stufe 3 ersetzt den Bonus der Stufe 2, wenn der Arbeitgeber die Bedingungen nach dem Bonusprogramm Stufe 1 und 2 erfüllt und zusätzlich durch die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den bei der Brandenburgischen BKK versicherten Arbeitnehmern des Unternehmens folgende gesundheitsbezogene Effekte ermittelt werden:

1. Senkung der Krankenhauskosten

2. Senkung der Krankengeldkosten

3. Senkung der Arzneimittelausgaben

Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassungen kranker Mitarbeiter werden nicht berücksichtigt. Für die Ermittlung der Einsparungen aufgrund betrieblicher Gesundheitsförderung werden die jeweils

über die vergangenen 3 Jahre ermittelten durchschnittlichen Kosten der bei der Brandenburgischen BKK versicherten Mitarbeiter des Unternehmens mit allen Mitgliedern der Brandenburgischen BKK in den Bereichen Krankengeldtage, Arzneimittelkosten und Krankenhauskosten verglichen. Als Einsparung wird die Differenz der von den Mitarbeitern des Unternehmens, die bei der Brandenburgischen BKK versichert sind, im Verhältnis zu allen Mitgliedern der Brandenburgischen BKK verursachten Kosten im jeweiligen Abrechnungsjahr ermittelt.

Der Bonus der Stufe 3 beträgt 50 v. H. der bei der Brandenburgischen BKK erzielten Einsparungen. Die maximale Höhe des Bonus in der Stufe 3 darf weder die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung, noch 1/12 des Betrages der im Kalenderjahr vom Arbeitgeber an die Brandenburgische BKK abzuführenden Arbeitgeberanteile des Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag des einzelnen Arbeitnehmers überschreiten.

- V Die weitere Ausgestaltung des Bonusprogramms wird in der Bonusvereinbarung zwischen Unternehmen und Brandenburgischer BKK geregelt.
- VI Es besteht kein Rechtsanspruch für Arbeitgeber, an dem Bonusprogramm teilzunehmen.

§ 25 Wahltarife Krankengeld

I Allgemeines

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

II Anspruch

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 (§ 40 Abs. 2 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Brandenburgischen BKK 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 (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien,) und höchstrichterlichen Rechtsprechungen.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V 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 zwi-

schen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XVI festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz XVI) besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.

- IV Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende vertragsärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu hat das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei zu wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Brandenburgischen BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Brandenburgische BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V 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.
- VI Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, der stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung,
- mit dem Ende der Höchstanspruchsdauer nach Absatz XII,
- 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 Leistungen, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.

VII Höhe

Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit in der Tarifgruppe S1 = 25,00 Euro, in der Tarifgruppe S2 = 50 Euro und in der Tarifgruppe S3 = 85 Euro.

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein Krankengeld in Höhe von 25 Euro pro Kalendertag.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitsinkommens durch die Brandenburgische BKK.

VIII Das Mitglied hat auf Verlangen der Brandenburgischen BKK sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in Form des Einkommenssteuerbescheides nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Brandenburgischen BKK unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. 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 höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

IX Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinaus gehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags-/Prämienverpflichtungen zu anderen Sozialleistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife nicht.

X Zahlung

Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V 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. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

XI Dauer

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums 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 wurde 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 Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

- XII Abweichend von Absatz XI besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Bei der Berechnung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach Absatz XI werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt.

- XIII Ruhen

Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen 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 besteht Anspruch auf Krankengeld, wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt ist.

- XIV Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

XV Wahl/Beginn/Laufzeit

Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Brandenburgischen BKK folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK 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 Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

XVI Kündigung

Die Wahl des Tarifs erfolgt befristet für mindestens drei Jahre. Eine Verlängerung des Tarifes erfolgt nicht automatisch, sondern bedarf eines Neuantrages. Durch die Wahl des Tarifs kann das Mitglied abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist kündigen. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen, maßgebend ist der Eingang bei der Brandenburgischen BKK. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Brandenburgischen BKK vorbehaltlich des Absatzes XVIII frühestens zum

Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- XVII 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 Prämienerrhöhung um mehr als 10 v.H. erfolgen.

XVIII Wechsel

Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Brandenburgischen BKK folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe keine Wartezeit im Sinne des Absatzes III. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XIX werden für vor Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

- XIX Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen,

wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Brandenburgischen BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III besteht in diesen Fällen nicht.

XX Prämien

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen:

Tarif	EUR
S1	93,75
S2	187,50
S3	318,75
K1	183,00

XXI Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Brandenburgische BKK zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XXIII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach Absatz XIX oder Absatz XX 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 einer Lastschrift), trägt das Mitglied.

XXII Die Prämie wird jeweils monatlich im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Brandenburgischen BKK zurückzuzahlen.

XXIII Für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in Höhe des jeweiligen Interbanken-Tagesgeldzinssatz auf die rückständigen Prämien zu zahlen.

XXIV Die Brandenburgische BKK darf fällige Prämien, Mahngebühren und Verzugszinsen nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 26 Kooperation mit der PKV

Die Brandenburgische BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 27 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 II Nr. 5; 8 II AAG

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

§ 28 Aufsicht

Die Aufsicht über die Brandenburgische BKK führt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Bundeslandes Brandenburg.

§ 29 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Brandenburgische BKK gehört dem Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 30 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Brandenburgischen BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der Brandenburgischen BKK. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Brandenburgischen BKK beträgt die Aushangfrist 2 Wochen. Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 15.04.2015 beschlossen.
2. Die Satzung tritt rückwirkend zum 01.01.2015 in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung vom 01.03.2014 außer Kraft.

Anlage

Entschädigungsregelung der Selbstverwaltung

Eisenhüttenstadt, den 15.04.2015

Siegel

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
der Brandenburgischen BKK