

SATZUNGEN

TUI BKK

vom 01.04.2001

(Stand: 05.07.2018 einschließlich 68. Nachtrag)

Pflegekasse TUI BKK

vom 01.04.2001

(Stand: 01.01.2018 einschließlich 5. Nachtrag)

Satzung TUI BKK

Inhalt der Satzung

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

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage zu § 14 der Satzung: BKK AktivPlus Teilnahmebedingungen

Anlage zu § 15 der Satzung: Wahltarife Krankengeld

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Sie ist errichtet worden am 01. April 2001.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hannover.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf den Reisebürovertrieb in der TUI Deutschland GmbH einschließlich des Filialnetzes und auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

I 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

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

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, jeweils zum 01. Oktober des Jahres.

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

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

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

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

III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch

Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

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

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

- VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

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

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hannover.
- II
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und der Arbeitgeber.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

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

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

V Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

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

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

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

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8a - nicht besetzt -

§ 8b - nicht besetzt -

§ 8c Wahltarif Prämienzahlung

- I Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als 3 Monate versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/24 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages. Absatz IV gilt.
- IV Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.
- VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1, ge-

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

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu

entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“
in der jeweils gültigen Fassung fällig.

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

§ 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen

- a) Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für 3 Monate gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

II Haushaltshilfe

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

III Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

IV Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. - nicht besetzt -
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10,0 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

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

VI Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Kosten werden in Höhe von 75 v. H. des erstattungsfähigen Betrages bis zu einer maximalen Höhe von insgesamt 400 Euro je Kalenderjahr übernommen. Zur Erstattung sind personifizierte Originalrechnungen bis 31.03. des Folgejahres vorzulegen. Art und Umfang einer einzelnen Leistung ergeben sich aus folgenden Regelungen.

1. Zahnärztliche Behandlung

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

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

2. Professionelle Zahnreinigung

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

3. Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist,

um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzungen dafür sind:

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

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten bis zum erstattungsfähigen Höchstbetrag von 180 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zum Erstattungssatz gilt Abs. VI Satz 2.

Zur Erstattung ist neben Originalrechnungen die ärztliche Verordnung vorzulegen.

4. Hautkrebsvorsorge

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

5. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

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

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

Zur Erstattung ist neben Originalrechnungen die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

6. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

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

7. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufpauschale

Die Betriebskrankenkasse übernimmt für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufpauschale in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Pauschale beinhaltet täglich:

- 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit
- Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe
- Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren
- Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich

8. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Geburtsvorbereitungskurs für Väter

Die Betriebskrankenkasse übernimmt je Schwangerschaft die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für werdende Väter, wenn beide Elternteile bei der Betriebskrankenkasse versichert sind. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

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

9. Gesundheitsuntersuchung

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

§ 12a - nicht besetzt -

§ 12b Primärprävention

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

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

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

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

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

§ 12c Schutzimpfungen

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

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

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

§ 12d Leistungsausschluss

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

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

§ 12f Ärztliche Zweitmeinung für den Bereich der onkologischen Indikationen

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

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

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

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

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

§ 12g Schwangerschaftsleistungen - § 23 SGB V

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

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

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

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

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

Zur Kostenerstattung sind der Betriebskrankenkasse spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen.

§ 12h Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum.

1. Voraussetzung der Erstattung der Kosten ist, dass eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie bei Diabetes mellitus durchgeführt wird.

2. Die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem muss auf einer Verordnung bestätigt werden von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt, der
 - a) die Bezeichnung „Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ zu führen berechtigt ist,
 - b) die Bezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“, „Facharzt für Allgemeinmedizin“ oder „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ zu führen berechtigt ist und über die Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder eine vergleichbare Qualifikation verfügt,
 - c) die Bezeichnung „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ zu führen berechtigt ist und über die Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ verfügt oder
 - d) im Falle der Berechtigung nach § 13 Abs. 4 SGB V über eine Anerkennung im anderen Staat verfügt, die einer der in den Buchstaben a), b) oder c) genannten Qualifikationen vergleichbar ist.

3. Der die Notwendigkeit der Versorgung bestätigende Arzt nach Ziffer 2 legt ein individuelles Therapieziel fest, dokumentiert den Behandlungsverlauf und stellt die Einweisung und Schulung des Versicherten in den Gebrauch des Messsystems vor dessen Anwendung sicher. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.

4. Die Betriebskrankenkasse erstattet abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Hilfsmittel
 - a) einmalig die Kosten für ein Auslesegerät in der entstandenen Höhe,
 - b) die Kosten für höchstens 7 Sensoren pro Quartal, gerechnet vom Tag der Versorgung mit dem Auslesegerät an, in der jeweils entstandenen Höhe.

§ 12i Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung discovering hands

Die Betriebskrankenkasse erstattet im Einzelfall die Kosten in Höhe von max. 50 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) im Rahmen von discovering hands® unter folgenden Voraussetzungen:

- . Versicherte weisen anhand der ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach

- . die Untersuchung wird von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Frauenarzt veranlasst

Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Originalrechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

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

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

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

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten, mit der die Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung anerkannt werden. Die Teilnahme erfolgt für jeweils 12 Monate. Bei Widerruf der Teilnahme oder Beendigung der Versicherung bei der BKK endet die Teilnahme am Bonusprogramm.
- II Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.
- III Der Bonus wird in Form von Prämien gewährt. Eine Prämienauszahlung ist bis zu einer Höhe von 200 Euro möglich. Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten regeln die Teilnahmebedingungen, die als Anlage zu § 14 Bestandteil dieser Satzung sind.
- IV Bonusansprüche verfallen, wenn die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach Abs. 2 nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Teilnahmezeitraumes gemäß Abs. 1 eingereicht werden. Sie verfallen auch bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm sowie bei Beendigung der Versicherung bei der BKK.

§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 SGB IX) sind.
- II Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der

Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

- III Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern
 1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mindestens in Höhe von 80 % teilnehmen.

Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14a Abs. II ab.

- II Der Bonus beträgt 80 EUR für die erste und 20 EUR für die zweite Maßnahme und wird dem Versicherten im April des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage einer Bescheinigung über die Teilnahme an Maßnahmen nach Abs. I bis Ende März des Auszahlungsjahres nachgewiesen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung ein Versicherungsverhältnis vorliegt.
Bei erstmaliger Inanspruchnahme des Arbeitnehmerbonus wird der unter Satz 1 genannte Bonus einmalig verdoppelt.

- III Es werden maximal 2 Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- I Die Betriebskrankenkasse bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben
und
- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

- II Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 15 der Satzung.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen im Internet unter www.tui-bkk.de. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

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

Anlage zu § 2 der Satzung

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

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

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

Die eventuell vorzunehmende steuerliche Behandlung obliegt dem Organmitglied.

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

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

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

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

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

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

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden des Verwaltungsrates

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

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

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

Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage zu § 14 der Satzung

BKK AktivPlus Teilnahmebedingungen

Stand: 01.01.2017

1. Präambel

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

2. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

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

3. Beginn und Ende der Teilnahme

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

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

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

4. Bonusaktivitäten

Die BKK gewährt einen Bonus für die Inanspruchnahme von

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

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

5. Prämienanspruch

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

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

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

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

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

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

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

6. Verfall des Prämienanspruchs

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

7. Beendigung / Veränderung des Bonusprogramms

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

8. Erläuterungen zum Datenschutz

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

Anlage zu § 15 der Satzung

Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, 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, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. 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 bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld	10€	20€	30€	40€	50€
kalendertäglich					
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler
und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

Wahltarifkrankengeld	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
kalendertäglich									
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt

die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III

und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,

- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und

soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
 1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die Betriebskrankenkasse kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfä-

higkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

Satzung
Pflegekasse TUI BKK

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Pflegekasse
- § 2 Aufgaben der Pflegekasse
- § 3 Verwaltungsrat
- § 4 Vorstand
- § 5 Widerspruchsausschuss
- § 6 Kreis der versicherten Personen
- § 7 Kündigung der Weiterversicherung
- § 8 Beiträge
- § 8a Beitragssatz
- § 9 Leistungen
- § 9a Leistungsausschluss
- § 10 Kooperation mit der PKV
- § 11 Bekanntmachungen

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Pflegekasse

- I Die Pflegekasse bei der Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie führt den Namen

Pflegekasse TUI BKK.

Sie ist errichtet worden am 01. April 2001. Sie hat ihren Sitz in Hannover.

- II Der Bereich der Pflegekasse erstreckt sich auf den in § 1 Abs. II der Satzung der Betriebskrankenkasse genannten Bereich.

§ 2 Aufgaben der Pflegekasse

Die Pflegekasse führt die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) durch.

§ 3 Verwaltungsrat

- I
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Pflegekasse ist der Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Vorsitz im Verwaltungsrat der Pflegekasse richtet sich nach dem Vorsitz im Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse.

- II Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Pflegekasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Pflegekasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. den Haushaltsplan festzustellen,

4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 5. die Pflegekasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 6. einen leitenden Beschäftigten der Pflegekasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 7. 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.
- III Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- IV Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- V Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VI Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- VII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- VIII Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 4 Vorstand

- I Der Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der Betriebskrankenkasse.
- II Der Vorstand verwaltet die Pflegekasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Pflegekasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
 6. die Pflegekasse 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 Pflegekasse abzuschließen.
- III Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Pflegekasse.
- IV Das Personal der Pflegekasse ist das mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegekasse beauftragte Personal der Betriebskrankenkasse, es unterstützt den Vorstand bei der Verwaltung der Pflegekasse.

§ 5 Widersprachausschuss

- I Der Widersprachausschuss der Pflegekasse ist der Widersprachausschuss der Betriebskrankenkasse und nimmt die Aufgaben nach § 85 Abs. 2 SGG - Erlass von Widerspruchsbescheiden - wahr.
- II Es gelten die den Widersprachausschuss der Betriebskrankenkasse betreffenden Satzungsbestimmungen aus § 4 der Satzung der Betriebskrankenkasse sinngemäß.

§ 6 Kreis der versicherten Personen

I Versicherungspflicht

1. Mitglieder der Pflegekasse sind die Pflicht- und freiwilligen Mitglieder der Betriebskrankenkasse, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.
2. Mitglieder sind außerdem die in § 21 SGB XI genannten Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, wenn sie
 - a) nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen, Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,
 - b) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
 - c) ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen,
 - d) laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII beziehen,
 - e) krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
 - f) in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind

und die Mitgliedschaft nach § 48 Abs. 2 und 3 SGB XI gewählt haben oder die Betriebskrankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist.

II Familienversicherung

Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, nach Maßgabe des § 25 SGB XI. Kinder, deren Behinderung vor dem

01.01.1995 eingetreten ist, sind unter den Voraussetzungen des Artikels 40 PflegeVG versichert.

III Weiterversicherung

Personen, die aus der Versicherungspflicht oder aus der Familienversicherung ausgeschlossen sind oder deren Familienversicherung nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 25 Abs. 3 SGB XI vorliegen sowie Personen, die wegen Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich nach Maßgabe des § 26 SGB XI weiterversichern.

IV Beitrittsrecht

Personen, die im Sinne von § 26a SGB XI ihren Beitritt erklären, sind nach Maßgabe dieser Vorschrift versichert.

§ 7 Kündigung der Weiterversicherung

Die Weiterversicherung endet zum vom Versicherten gewählten Zeitpunkt, frühestens jedoch mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied seinen Austritt erklärt. Abweichend hiervon kann das Mitglied seinen Austritt zu dem Zeitpunkt erklären, zu dem ohne die Weiterversicherung eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI bestehen würde.

§ 8 Beiträge

Für die Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge zur Pflegekasse gelten die Vorschriften des SGB XI sowie entsprechend den einschlägigen Regelungen des SGB IV und SGB V die "Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)" in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8a Beitragssatz

Der Beitragssatz richtet sich nach § 55 SGB XI.

§ 9 Leistungen

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 9 a Leistungsausschluss

- I Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- II Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Pflegekasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Pflegekasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Pflegekasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben.

§ 10 Kooperation mit der PKV

Die Pflegekasse kann ihren Versicherten private Pflege-Zusatzversicherungen privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

§ 11 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Pflegekasse erfolgen im Internet unter www.tui-bkk.de. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.