

Satzung der BKK firmus

Inkrafttreten 01.07.2010

Stand 01.01.2015



Präambel

Die **BKK firmus** ist die Krankenkasse für die Familie und den Betrieb. Sie ist der aktive Partner ihrer Versicherten bei der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie der Behandlung von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Ihr Handeln richtet sich nach dem Bedarf und den Interessen ihrer Kunden. Dabei muss selbstverständlich der gesetzliche Rahmen berücksichtigt bleiben.

Die **BKK firmus** fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Kunden am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt. Sie trägt damit zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Umwelt bei.

Die **BKK firmus** wird in Zukunft ein hohes Maß an Qualität bei ihren Leistungen erbringen. Sie geht verantwortlich mit den Beiträgen ihrer Versicherten und Arbeitgeber um und wirtschaftet kostenbewusst.

Die **BKK firmus** ist der natürliche Partner der Unternehmen in allen Fragen der Sozialversicherung und Gesundheitsförderung. Dazu dient der Betriebs-Service.

Die **BKK firmus** motiviert und qualifiziert ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Versicherten, Arbeitgebern und Vertragspartnern. Sie fördert Eigeninitiative, Kreativität und berufliches Weiterkommen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ermöglicht eine schöpferische Kooperation.

Unsere Versicherten, unsere Trägerunternehmen und die Vertragspartner erhalten damit die Gelegenheit, unser Handeln an diesen Grundsätzen zu messen. Für die BKK firmus bedeuten diese Verpflichtungen Anstrengungen ständiger Innovation auf einem durch Wettbewerb geprägten Markt.



Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse firmus
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 9a Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V [unbesetzt ab dem 01.02.2015]
- § 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Erhebung von Mahngebühren
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a [unbesetzt]
- § 12b Primärprävention
- § 12c Schutzimpfungen
- § 12d Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a [unbesetzt]
- § 13b [unbesetzt]
- § 13c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
- § 13d Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13e Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13f Wahltarif integrierte Versorgung
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)
- § 15 Wahltarife Krankentagegeld
- § 16 [unbesetzt]
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse



Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

| | |
|--------------------------------------|--|
| Anlage 1 zu § 1 Abs. II der Satzung: | Arbeitgeber |
| Anlage 2 zu § 2 der Satzung: | Entschädigungsregelung |
| Anlage 3 zu § 13b der Satzung: | [unbesetzt] |
| Anlage 4 zu § 13e der Satzung: | Relevante Regionen für den Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme |
| Anlage 5 zu § 14 der Satzung: | Kostenerstattungsmöglichkeiten für das Bonusprogramm |
| Anlage 6 zu § 15 der Satzung: | Regelungen des Krankengeldwahltarifes |



Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse firmus

- I. Die BKK firmus ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen **Betriebskrankenkasse firmus** (BKK firmus).

Sie ist durch freiwillige Vereinigung der Betriebskrankenkassen Unterweser und Osnabrück am 01.01.2003 errichtet worden.

Ab 01.04.2004 ist die BKK firmus durch eine weitere freiwillige Vereinigung mit der BKK Bremer Straßenbahn AG erweitert worden.

Die BKK firmus hat ihren Sitz in Bremen.

- II. Der Bereich der BKK firmus erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet. Der Bereich der BKK firmus erstreckt sich auf die in **Anlage 1** genannten Betriebe.



§ 2 Verwaltungsrat

I.

1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK firmus 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, nach der konstituierenden Sitzung am 24.06.2005 erstmals am 01.01.2007.

- II a. Dem Verwaltungsrat der BKK firmus gehören als Mitglieder
12 Versichertenvertreter und
12 Arbeitgebervertreter an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

II b. Stimmrecht bei Sozialwahlen

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 BKK firmus sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK firmus maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK firmus von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln.



5. einen leitenden Beschäftigten der BKK firmus mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen.
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. die BKK firmus 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 Krankenkassen 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.
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der **Anlage 2** zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage 2 ist Bestandteil der Satzung.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates anwesend und stimmberechtigt ist.
- IX. 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.
- X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens $\frac{1}{5}$ der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Jahresrechnung und Haushaltsplan ist ausgeschlossen.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.



§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
 6. die BKK firmus 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 BKK firmus abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK firmus wird vom Vorstand eingestellt.
 - V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK firmus.



§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird zwei Widersprachausschüssen übertragen. Die Widersprachausschüsse haben ihren Sitz in Bremen und in Osnabrück.
- II.
 1. Die Widersprachausschüsse setzen sich zusammen aus je drei Vertretern der Versicherten und je drei Vertretern der Arbeitgeber aus dem Kreise der (stv.) Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK firmus.
 2. Die Versichertenvertreter der Widersprachausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widersprachausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widersprachausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 3. Das Amt der Mitglieder der Widersprachausschüsse ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 4. Der Vorsitz in den beiden Widersprachausschüssen wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widersprachausschüsse bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK firmus sein kann.
 5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen der Widersprachausschüsse beratend teil.
 6. Der Widersprachausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 7. 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 den Widersprachausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Die Widersprachausschüsse nehmen 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 BKK firmus 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 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der BKK firmus nur dann beitreten, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 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, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die BKK firmus nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK firmus hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die BKK firmus 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.

(3) Abweichend von Abs. 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

(4) Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK firmus frühestens unter den Voraussetzungen des § 15 Anlage 6 Punkt 4, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

(5) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz 1 Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Absatz 1 Satz 2 ist zu beachten.



§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK firmus 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.



§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK firmus erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,6 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.



§ 9a Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V

UNBESETZT ab dem 01.02.2015

- I. Die BKK firmus zahlt ihren Mitgliedern für das Kalenderjahr 2014 eine einkommensunabhängige Prämie gem. § 242 Abs. 2 SGB V in Höhe von 120,00 €.
- II. Die Prämie wird den Mitgliedern gewährt, für die
 - a.) am 01.07.2014 oder
 - b.) am 01.12.2014eine Mitgliedschaft bei der BKK firmus bestanden hat.
- III. Ein Anspruch auf eine Prämie nach Abs. II Buchstabe b. besteht nur, wenn zuvor kein Anspruch auf eine Prämienzahlung nach Abs. II Buchstabe a. bestanden hat.
- IV. Eine Prämienauszahlung an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge zum Stichtag im Rückstand befinden, ist ausgeschlossen. Es erfolgt eine Aufrechnung nach § 51 Sozialgesetzbuch I.
- V. Auszahlungen an Mitglieder, deren Beiträge zum Zeitpunkt der Auszahlungen nach Abs. II vollständig von Dritten getragen werden, sind ausgeschlossen.
- VI. Die Prämienzahlung an das Mitglied erfolgt durch Verrechnungsscheck in einer Summe. Der Verrechnungsscheck wird den Mitgliedern für den Anspruch gem. Abs. II Buchstabe a. bis zum 31.08.2014 und nach Abs. II Buchstabe b. bis zum 31.01.2015 zugesandt.
- VII. Die BKK firmus informiert jedes Mitglied schriftlich über die Prämienauszahlung.

§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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



§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- (1) 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.

- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

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



§ 10a Erhebung von Mahngebühren

Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine pauschale Mahngebühr erhoben, die den Betrag von 0,77 EUR nicht unterschreiten darf.

Diese beträgt

| | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------|
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 149,00 EUR : | 0,80 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 249,00 EUR : | 1,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 399,00 EUR : | 1,50 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 699,00 EUR : | 2,30 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 949,00 EUR : | 3,80 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 1.449,00 EUR : | 5,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 1.949,00 EUR : | 7,50 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 2.449,00 EUR : | 10,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 2.949,00 EUR : | 12,50 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 3.449,00 EUR : | 15,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 3.949,00 EUR : | 17,50 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 4.449,00 EUR : | 20,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 4.949,00 EUR : | 22,50 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 5.949,00 EUR : | 25,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 6.949,00 EUR : | 30,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 7.949,00 EUR : | 35,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 8.949,00 EUR : | 40,00 EUR |
| bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von | 9.949,00 EUR : | 45,00 EUR |
| ab einem Mahnbetrag in Höhe von | 9.949,01 EUR : | 50,00 EUR |



§ 11 Höhe der Rücklage

- I. 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 BKK firmus erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von einer Krankheit
- 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 mildern.

II. Haushaltshilfe

1. Die BKK firmus gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist, eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und die BKK firmus die Kosten der Behandlung trägt. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Diese Haushaltshilfe wird für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 56 Einsatztage je Kalenderjahr und maximal 8 Stunden täglich gewährt.
 - b) wenn dem Versicherten neben einer ambulanten ärztlichen Behandlung und akuter Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und die BKK firmus die Kosten der Behandlung trägt. Diese Haushaltshilfe wird für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 28 Einsatztage je Kalenderjahr und maximal 4 Stunden täglich gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 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 BKK firmus vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK firmus in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und 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 firmus davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenden Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK firmus bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsanspruch ist um 5 v.H. (maximal 40,00 EUR), für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.



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 v. H. mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen 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 BKK firmus 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

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.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 45 v. H. als Abschlag für die der BKK firmus 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. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht. Die Verwaltungskostengebühr in Höhe von 5 v. H. und die gesetzliche Zuzahlung sind als weitere Abschläge in Abzug zu bringen.



§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

Unbesetzt

§ 12b Primärprävention

I. Handlungsfelder

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK firmus auf Basis des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung:
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement:
 - Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
 - Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
4. Suchtmittelkonsum:
 - Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
 - Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.



II. Kostenübernahme-Regelungen

1. Für Leistungen von Fremdanbietern, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, beteiligt sich die BKK firmus pro Versicherten an maximal 2 Kursen je Kalenderjahr. Die BKK firmus erstattet die Kursgebühren in Höhe von 90 v. H der nachgewiesenen Kosten bis maximal 103,00 EUR je Kurs. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.
2. Erstattet werden auch Kosten der betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn derartige Maßnahmen von anderen Kassenarten durchgeführt und einem Versicherten der BKK firmus gesondert in Rechnung gestellt werden. Die Kosten für solche betrieblichen Präventionsmaßnahmen werden in Höhe von 90 v. H. der in Rechnung gestellten Aufwendungen übernommen.
3. Leistungen, die von der BKK firmus selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

III. Ergänzende Regelungen zur Kostenübernahme

1. Es sind nur Kurse erstattungsfähig, deren Umfang zeitlich begrenzt ist (z.B. 10 Unterrichtsstunden).
2. Die Teilnahme muss schriftlich dokumentiert werden.
3. Eine Kostenbeteiligung kommt nur in Frage, bei Nachweis von mindestens 80 % der Kurseinheiten.
4. Der Leistungsanbieter darf keine gewerblichen Interessen im Zusammenhang mit Produktvertrieb verfolgen (z.B. Verkauf von Ernährungsmitteln bei Ernährungskursen).
5. Es werden keine Vereinsbeiträge (z.B. Monats- oder Jahresbeiträge) und keine Jahreskarten (z.B. im Schwimmbad oder Fitnessstudio) erstattet.

IV. BKK – Aktivwoche

Die BKK firmus beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche. Sie wird durch die Gesundheitsservice gemeinnützige Gesellschaft und Rehabilitation mbH (Gesundheitsservice gGmbH) in Leverkusen unter den mit dem BVA abgestimmten Bedingungen durchgeführt.

Die BKK firmus zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventivprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss in Höhe bis zu 160,00 EUR bzw. bis zu 110,00 EUR für Kinder ab 4 Jahren. Der Zuschuss wird jährlich einmal gezahlt.



§ 12c Schutzimpfungen

- I. Die BKK firmus übernimmt über die in § 20d Abs. 1 SGB V genannten Indikationen hinaus gemäß § 20d Abs. 2 SGB V folgende unter Nr. 1 und 2 genannte Leistungen:
 1. Die BKK firmus übernimmt folgende Schutzimpfungen auch über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Empfehlungen hinaus:
 - a) Gripeschutzimpfung,
 - b) HPV (für weibliche Versicherte von 18 - 26 Jahre),
 - c) Hepatitis A, B,
 - d) FSME,
 - e) Rotaviren,
 - f) Cholera,
 - g) Gelbfieber,
 - h) Meningokokken-Meningitis,
 - i) Tollwut,
 - j) Typhus.
 2. Die BKK firmus übernimmt die Kosten für die Nachholung von Schutzimpfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes, bei Jugendlichen auch über die in der Schutzimpfungsrichtlinie geregelten Altersgrenzen hinaus, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit grundsätzlich eine Empfehlung der STIKO oder gemäß § 20 Abs. 3 IfSG vorliegt.
- II. Die Impfleistungen werden grundsätzlich als Sachleistung gewährt und über die Krankenversicherungskarte (KV-Karte) abgerechnet. Soweit in Einzelfällen eine Abrechnung über die KV-Karte nicht möglich sein sollte, beträgt die Übernahme der Kosten für Schutzimpfungen nach Nr. 1 und 2 100 v. H.
- III. Eine Übernahme der Schutzimpfungen nach Nr. 1 und 2 als Sachleistung bzw. eine Kostenübernahme im Falle von Absatz II Satz 2 ist ausgeschlossen, wenn:
 - a) die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden,
 - b) der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder
 - c) die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.



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



§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK firmus als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.



§ **13a Modellvorhaben**

Unbesetzt

§ **13b Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme**

Unbesetzt



§ 13c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

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

- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK firmus ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK firmus dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK firmus schriftlich zu erklären.



§ 13d Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die BKK firmus stellt den teilnehmenden Versicherten auf Wunsch ein Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.

- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK firmus ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK firmus dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK firmus schriftlich zu erklären.



§ 13e Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der **Anlage 4** aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.



§ 13f Wahltarif integrierte Versorgung

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

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

- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK firmus ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK firmus dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus gewährt, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 – 5 vollständig und aus den Punkten 6 – 10 mindestens 3 Punkte innerhalb eines Jahres nachweisen. Für weibliche Versicherte ab dem 20. Lebensjahr und für männliche Versicherte ab dem 45. Lebensjahr entfällt die Nachweisverpflichtung aus Punkt 5.
 1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem Alter von 20 Jahren, Männer ab dem Alter von 45 Jahren) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Absatz 2 SGB V teil.
 3. Der Versicherte nimmt bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres einmal im Kalenderjahr, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Kalenderhalbjahr und nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
 4. Das mitversicherte Kind nimmt die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte empfohlenen Untersuchungen U10, U11 und J2 für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 5. Der Versicherte weist einen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio nach. Pro Bonuszeitraum wird jährlich maximal eine Impfung je Versicherten berücksichtigt.
 6. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch.
 7. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein oder in einer qualifizierten Fittnesseinrichtung oder Nachweis durch das Deutsche Sportabzeichen).
 8. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt im Normbereich.
 9. Der Versicherte weist die Teilnahme an öffentlichen Gesundheitsvorträgen nach, die von qualifizierten ärztlichen und/oder nichtärztlichen Fachreferenten durchgeführt werden. Solche Gesundheitsvorträge werden anerkannt, wenn Sie primär, sekundär oder tertiär präventiven Charakter haben und sich auf Leistungen aus dem SGB V beziehen.
 10. Der Impfschutz gemäß Empfehlung der „STIKO“ wird vollständig nachgewiesen.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.
- III. Beginnt die Versicherung bei der BKK firmus unterjährig, entsteht trotzdem ein Anspruch auf den vollen jährlichen Bonusbetrag. Versicherte, deren Versicherung bei der BKK firmus endet, verlieren mit dem Tag des Bekanntwerdens, spätestens mit Versicherungsende alle angesparten Bonusbeträge. Beginnt die Versicherung danach wieder neu, so sind die Voraussetzungen zur Erlangung des Bonus neu zu erbringen.

- IV. Das Mitglied hat die Wahl zwischen zwei Bonusvarianten, an die das Mitglied und seine familienversicherten Angehörigen drei Jahre gebunden sind. Ein Wechsel der Bonusvariante ist spätestens drei Monate vor Ablauf der Dreijahresfrist anzuzeigen.

Bonusvariante 1:

Der Bonus wird dem Mitglied im Rahmen einer Barprämie in Höhe von 50,00 Euro einschließlich aller Familienangehörigen je Kalenderjahr ausgezahlt. Abweichend von Absatz I Satz 1 wird der Bonus dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Absatz I Punkte 1 – 5 ausgezahlt.

Bonusvariante 2:

Der Bonus wird dem Versicherten im Rahmen einer Vorsorgeprämie als Kostenerstattung zu den in Anlage 5 genannten Leistungen gewährt. Die Prämie wird in Höhe der tatsächlichen Kosten, jedoch max. in Höhe von 120,00 Euro erstattet, wenn für das Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.

Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist ab 2013 nicht möglich.

Die BKK firmus führt als Anlage 5 dieser Satzung einen Katalog, in dem die jeweiligen Leistungen und Produkte aufgezählt werden, für die eine Kostenbeteiligung gewährt wird. Die Versicherten haben das Recht, diesen Katalog einzusehen. Die BKK firmus stellt ihnen auf Wunsch diesen Katalog in schriftlicher Form zur Verfügung.

- V. Alle Mitglieder und mitversicherten Angehörigen, die am Bonusprogramm teilnehmen, erhalten während dieser Zeit, sofern sie die Voraussetzungen für den Bonus erfüllen, neben dem Bonus der Varianten 1 oder 2 die Kosten für eine in § 194 Absatz 1a SGB V oder in § 47 Absatz 2 SGB XI genannten Zusatzversicherung pro Kalenderjahr in Gesamthöhe von bis zu 30,00 Euro pro Mitglied inkl. mitversicherten Angehörigen jeweils für eine Laufzeit von 12 Monaten erstattet. Diese Bonusschutzprämie ist auf 30,00 Euro jährlich je Familie beschränkt.
Die in Frage kommenden Zusatzversicherungen sind in der Anlage 5 genannt.

VI. Die BKK firmus bietet eine Familienvorsorgeprämie an.

Diese Prämie bietet schwangeren Versicherten, die im Rahmen der Geburtsvorbereitung Kurse besuchen und Schwangerschaftsvorsorge betreiben, zusätzlich eine Prämie in Höhe von 100,00 Euro an. Zusätzlich können 150,00 Euro Kids-Bonus geltend gemacht werden, sofern das Neugeborene innerhalb des 1. Lebensjahres die U1 - U6 durchgeführt hat.

- VII. Ein Anspruch auf die jährliche Bonuszahlung Variante 1 oder Variante 2 und Bonusschutzprämie sowie Familienvorsorgeprämie besteht nur, wenn bei Antragstellung eine gültige Mitgliedschaft besteht und die Leistung spätestens bis zum 30.04. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK firmus eingereicht wird.



§ 14 a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die BKK firmus kann dazu mit von ihr ausgewählten Arbeitgebern für alle oder ausgewählte Betriebe oder Betriebsteile einen Kooperationsvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis der Erfüllung nachfolgender Voraussetzungen knüpft und die Höhe des Bonus bestimmt. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF nicht überschreiten. Ein Rechtsanspruch des Arbeitgebers auf Abschluss des Kooperationsvertrages besteht nicht.

- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Betrieb des Arbeitgebers ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die folgenden Punkte nachweist:
 1. Der Arbeitgeber stellt eigens finanzielle und personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es besteht ein regelmäßig tagender Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der BKK firmus.
 3. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zum Thema BGF.
 4. Der Arbeitgeber hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.

- III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die folgenden Punkte nachweist:
 1. Der Arbeitgeber führt eine Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Betrieb durch, indem:
 - a) mindestens alle zwei Jahre ein betrieblicher Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK firmus erstellt wird,
 - b) systematisch gesundheitsrelevante Informationen ausgewertet werden, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden. Mindestens zwei der folgenden Punkte müssen dabei erfüllt sein:
 - Durchführung einer gesundheitsbezogenen Mitarbeiterbefragung,
 - Organisation von Gesundheitszirkeln gemäß Kooperationsvereinbarung,
 - Durchführung von Qualitätszirkeln zum Thema Gesundheit oder vergleichbaren Verbesserungsprozessen gemäß Kooperationsvereinbarung,
 - Einführung eines betrieblichen Vorschlagswesens/Verbesserungsmanagements.

2. Der Arbeitgeber nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung als einen ausdrücklichen Bestandteil in die Führungsgrundsätze und die Zielvereinbarungen mit auf.
3. Alle Mitarbeiter werden durch geeignete Mittel der Kommunikation im Betrieb über die Vorhaben im Bereich BGF regelmäßig, mindestens zweimal jährlich informiert (Thema: Interne Kommunikation).
4. Alle Mitarbeiter erhalten die Möglichkeit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen (Thema: Partizipation).
5. Im Betrieb werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen. Mindestens fünf der folgenden Punkte müssen erfüllt sein:
 - a) wirksame Nichtraucherschutzregelung/Durchführung von Nichtraucherseminaren,
 - b) Ermöglichung von Gesundheits-Checks oder Screenings während der Arbeitszeit,
 - c) verhaltensorientierte Angebote im Themenfeld „Bewegung“,
 - d) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter/gesundheitsförderlicher Führung,
 - e) Teilnahme am Audit „Beruf & Familie“ (Work-Life-Balance) der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung oder vergleichbarer Audits,
 - f) verhaltensorientierte Angebote im Bereich „gesunde Ernährung“,
 - g) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung (z. B. Betriebsvereinbarung Suchtmittelmissbrauch u. a.)
 - h) Einrichtung von Gymnastik- oder Ruheräumen,
 - i) Gewährung zusätzlicher Kurzpausen während der Arbeitszeit,
 - j) verhaltensorientierte Angebote im Bereich „Entspannungsverfahren“,
 - k) gender¹- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z. B. Angebote für ältere Mitarbeiter, Azubis, speziell für Frauen/Männer),
 - l) sonstige Angebote, die dem Handlungsleitfaden zur Prävention der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen entsprechen.

- IV. Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn die BKK firmus in dem Betrieb aufgrund der nach Abs. II und III durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende gesundheitsbezogenen Effekte ermittelt:
- Senkung des Krankenstandes,
 - Senkung der Krankengeldtage,
 - Senkung der Krankenhaustage.

Als Referenzwert für die Ermittlung gesundheitsbezogener Effekte werden die jeweils über die vorangegangenen 3 Jahre ermittelten Durchschnittsdaten herangezogen. Kostensenkungen infolge gesetzlicher Änderungen werden nicht bewertet.

¹ Der Begriff Gender bezeichnet die soziale Geschlechterrolle.



§ 15 Wahltarife Krankentagegeld

Die BKK firmus bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der **Anlage 6**, die Bestandteil dieser Satzung ist.



§ 16 Kooperation mit der PKV

Unbesetzt



§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK firmus führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.



§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK firmus gehört dem BKK Landesverband Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK firmus erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK firmus (Servicezentrum, Servicestellen), sowie im Internet unter www.bkk-firmus.de und nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK firmus beträgt die Aushangfrist 14 Tage.

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



§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK firmus 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 BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Servicezentren der BKK 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.



Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 24. Juni 2010 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01. Juli 2010 in Kraft.
Gleichzeitig treten die Satzung vom 23. März 2006 und die dazu ergangenen Nachträge eins bis elf außer Kraft.
3. Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 1. Nachtrag am 09.12.2010 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2011 in Kraft.
Abweichend treten § 14 Absatz I. Satz 1 und Nr. 3 der Anlage 5 zu § 14 am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 2. Nachtrag am 06.07.2011 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.07.2011 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 3. Nachtrag am 04.10.2012 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 4. Nachtrag am 21.12.2012 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 5. Nachtrag am 12.12.2013 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2014 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 6. Nachtrag am 18.09.2014 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 7. Nachtrag am 27.11.2014 beschlossen.
Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.
Abweichend tritt § 9a am 01.02.2015 in Kraft.

Bremen, den 27.11.2014

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Harry Becker



Siegel der BKK firmus



Anlage 1 zu § 1 Abs. II der Satzung

Die nachfolgend genannten Unternehmen gehören der **BKK firmus** an:

- | | |
|---|--|
| 1. Homann Feinkost GmbH, | Dissen, Nds. |
| mit den Nebenstellen in: | Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, NRW, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen |
| 2. Keller H.C.W. GmbH | Ibbenbüren-Laggenbeck, NRW |
| 3. Klasmann-Deilmann GmbH, | Geeste/Gr.Hesepe, Nds. |
| dto. | Börgermoor, Nds. |
| dto. | Rehden, Nds. |
| dto. | Sedelsberg, Nds. |
| dto. | Twist, Nds. |
| dto. | Friesoythe, Nds. |
| 4. KME Germany AG | Osnabrück, Nds. |
| KME Brass Germany AG | Berlin, Berlin |
| KME Germany AG | Menden, NRW |
| Schmöle GmbH | Fröndenberg, NRW |
| dto. | Menden, NRW |
| dto. | Menden, NRW |
| KME Germany AG | Stolberg/Rhld, NRW |
| Bertram`s | Osnabrück, Nds. |
| 5. Elster Kromschröder GmbH, | Lotte-Büren, NRW |
| dto. | Hamel, Nds. |
| 6. Felix Schoeller Holding | |
| Geschäftsführung GmbH, | Osnabrück, Nds. |
| Felix Schoeller Holding GmbH & Co. KG, | Osnabrück, Nds. |
| Schoeller Verwaltung GmbH, | Osnabrück, Nds. |
| Felix Schoeller jr. | |
| Foto- und Spezialpapiere GmbH & Co. KG, | Osnabrück, Nds. |
| dto. | Weißborn, Sachsen |
| Schoeller Beteiligungen GmbH, | Osnabrück, Nds. |
| Technocell Dekor Verwaltung GmbH, | Osnabrück, Nds. |
| Technocell Dekor GmbH & Co. KG, | Osnabrück, Nds. |
| dto. | Günzach, Bayern |
| dto. | Neustadt-Titisee, Baden-W. |
| dto. | Penig, Sachsen |



- | | |
|--|----------------------------|
| 7. Starcke GmbH & Co. KG, Starcke Zündholz GmbH & Co. KG, | Melle, Nds. Melle, Nds. |
| 8. Westland Gummiwerke GmbH & Co., | Melle-Westerhausen, Nds. |
| 9. Windmüller & Hölscher, | Lengerich, NRW |
| 10. Arcelor Bremen GmbH | Bremen, Bremen |
| 11. Bremer Woll-Kämmerei AG | Bremen, Bremen |
| 12. Norddeutsche Steingut AG | Bremen, Bremen |
| 13. Lloyd Dynamowerke GmbH & Co. KG | Bremen, Bremen |
| 14. Bremer Straßenbahn AG | Bremen, Bremen |



Anlage 2 zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK firmus und ihrer Ausschüsse gemäß § 41 SGB IV

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-(Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.



2. Erstattung des Verdienstauffalls 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 Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 55,00 Euro.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein 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 und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung Ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe des 5fachen Satzes gemäß Absatz I Nr. 3.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.



2. Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen sind in Höhe von 41,00 Euro monatlich pauschal zu erstatten.

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

1. 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.
2. Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrages gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.



Anlage 3

Unbesetzt



**Anlage 4 zu § 13e der Satzung
Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

Die Zulassungen sind vom Bundesversicherungsamt für die nachstehend aufgeführten Regionen und Behandlungsprogramme genehmigt worden.

| | |
|---------------------------|------------|
| KV Baden-Württemberg | Brustkrebs |
| KV Baden-Württemberg | DM Typ 1 |
| KV Baden-Württemberg | DM Typ 2 |
| KV Baden-Württemberg | KHK |
| KV Bayern | Asthma |
| KV Bayern | Brustkrebs |
| KV Bayern | COPD |
| KV Bayern | DM Typ 2 |
| KV Bayern | KHK |
| KV Berlin | Brustkrebs |
| KV Berlin | Brustkrebs |
| KV Berlin | DM Typ 2 |
| KV Berlin | KHK |
| KV Brandenburg | Asthma |
| KV Brandenburg | COPD |
| KV Brandenburg | DM Typ 1 |
| KV Brandenburg | DM Typ 2 |
| KV Brandenburg | KHK |
| KV Bremen | Asthma |
| KV Bremen | Brustkrebs |
| KV Bremen | COPD |
| KV Bremen | DM Typ 1 |
| KV Bremen | DM Typ 2 |
| KV Bremen | KHK |
| KV Hamburg | Brustkrebs |
| KV Hamburg | DM Typ 2 |
| KV Hamburg | KHK |
| KV Hessen | Brustkrebs |
| KV Hessen | DM Typ 1 |
| KV Hessen | DM Typ 2 |
| KV Hessen | KHK |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | Asthma |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | Brustkrebs |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | COPD |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | DM Typ 1 |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | DM Typ 2 |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | KHK |
| KV Niedersachsen | Brustkrebs |
| KV Niedersachsen | DM Typ 2 |
| KV Niedersachsen | KHK |

| | |
|-----------------------|------------|
| KV Nordrhein | Asthma |
| KV Nordrhein | Brustkrebs |
| KV Nordrhein | COPD |
| KV Nordrhein | DM Typ 1 |
| KV Nordrhein | DM Typ 2 |
| KV Nordrhein | KHK |
| KV Rheinland-Pfalz | Brustkrebs |
| KV Rheinland-Pfalz | DM Typ 1 |
| KV Rheinland-Pfalz | DM Typ 2 |
| KV Rheinland-Pfalz | KHK |
| KV Saarland | Brustkrebs |
| KV Saarland | DM Typ 2 |
| KV Saarland | KHK |
| KV Sachsen | Brustkrebs |
| KV Sachsen | DM Typ 2 |
| KV Sachsen | KHK |
| KV Sachsen-Anhalt | DM Typ 2 |
| KV Sachsen-Anhalt | KHK |
| KV Schleswig-Holstein | Asthma |
| KV Schleswig-Holstein | Brustkrebs |
| KV Schleswig-Holstein | COPD |
| KV Schleswig-Holstein | DM Typ 1 |
| KV Schleswig-Holstein | DM Typ 2 |
| KV Schleswig-Holstein | KHK |
| KV Thüringen | Brustkrebs |
| KV Thüringen | DM Typ 1 |
| KV Thüringen | DM Typ 2 |
| KV Thüringen | KHK |
| KV Westfalen-Lippe | Asthma |
| KV Westfalen-Lippe | Brustkrebs |
| KV Westfalen-Lippe | COPD |
| KV Westfalen-Lippe | DM Typ 1 |
| KV Westfalen-Lippe | DM Typ 2 |
| KV Westfalen-Lippe | KHK |



Anlage 5 zu § 14 der Satzung

I. Kostenerstattungsmöglichkeiten für die Bonusvariante 2 gemäß Abs. IV

1. Vorsorgeuntersuchung bzw. -behandlung

Folgende Maßnahmen sind als Bonus insbesondere erstattungsfähig:

- a) zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“)
- b) Ultraschall-Check-up von Organen („Sono-Check“)
- c) Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggfs. transrektaler Ultraschall
- d) Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft auf Wunsch der Schwangeren (AFP, Toxoplasmose, Triple-Test, Glucosetoleranztest, Nackenfaltenmessungen)
- e) Professionelle Zahnreinigung
- f) Sonstige Auslandsimpfungen
- g) Knochendichtemessung
- h) Untersuchung zur Früherkennung des Glaukoms
- i) HIV-Test auf Wunsch des Versicherten / der Versicherten
- j) Sportmedizinische Tauglichkeitsuntersuchung
- k) Zahnversiegelung
- l) Erweiterte Krebsvorsorge
- m) Umfassende ambulante Vorsorge-Untersuchung
- n) Hirnleistungs-Check zur Früherkennung von Demenzen
- o) Lungenfunktionsprüfung zur Früherkennung
- p) Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- q) Untersuchung zur Früherkennung von Sehschwächen im Kleinkind- und Vorschulalter
- r) Laboratoriumsdiagnostische Wunschleistungen (Blutgruppenbestimmung, Helicobacter, Metall-Allergien)
- s) entstandene Praxisgebühren für erweiterte Untersuchungen
- t) Osteopathie
- u) Akupunktur
- v) Homöopathie, Heilpraktikerbehandlung
- w) Qualifizierte Ernährungsberatung
- x) PEKIP-Kurse
- y) zusätzliche Leistungen von Hebammen
- z) OCT Verfahren

2. Erhöhung der Zuschüsse zur Aktivwoche nach § 12b Abs. IV

3. Zuschuss zu den Beiträgen aktiver Mitgliedschaften von Sportvereinen (Turn-, Bewegungs- und Ballsportvereine)

4. Zuschuss zu den Beiträgen für qualifizierte Fitness-Einrichtungen

5. Leistungen im Bereich der Prävention für werdende Eltern

6. Baby/Kleinkindschwimmen

7. Kosten für Sehhilfen/Kontaktlinsen



II. Kostenerstattungsmöglichkeiten für den Bonus gemäß Abs. V

a) Auslandsreisekrankenversicherung

b) Pflegezusatzversicherung

c) Zahnzusatzversicherung

d) Krankenzusatzversicherung



Anlage 6 zu § 15 der Satzung

Wahltarife Krankentagegeld

Teilnahme

1. Die BKK firmus bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld als Entgeltersatz für Einnahmen i.S.d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK firmus erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK firmus folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.12.2009 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der BKK firmus vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

4. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3 -jährige 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

5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK firmus.
6. 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 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

7. Die Mitglieder müssen die BKK firmus 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 BKK firmus aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK firmus haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK firmus nachzuweisen und die BKK firmus über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

10. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen 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 u.a. unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

| | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Krankentagegeld kalendertäglich | 10 EUR | 20 EUR | 30 EUR | 40 EUR | 50 EUR |
| Prämie monatlich | 10 EUR | 20 EUR | 30 EUR | 40 EUR | 50 EUR |



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

| | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Krankentagegeld kalendertäglich | 10EUR | 20EUR | 30EUR | 40EUR | 50EUR | 60EUR | 70EUR | 80EUR | 90EUR |
| Prämie monatlich | 5 EUR | 10EUR | 15EUR | 20EUR | 25EUR | 30EUR | 35EUR | 40EUR | 45EUR |

11. 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 Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.
12. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
13. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
14. Die BKK firmus darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

15. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK firmus bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
16. 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 (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
17. Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. 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 Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die



Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld

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

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

18. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

19. Für Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.

20. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.

21. Für den Anspruch auf Krankentagegeld ist 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 BKK firmus nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK firmus kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

22. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch 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, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 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 BKK firmus
23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
24. 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.
25. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

26. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
27. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK firmus 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 Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.



Dauer

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

Höhe

29. Die Höhe des Krankentagegeldes 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 10,00 EUR - Schritten bis zu 50,00 EUR kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK firmus eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10,00 EUR - Schritten bis zu 90,00 EUR kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK firmus eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
30. Die BKK firmus kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.
31. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Krankentagegelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.
32. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK firmus sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK firmus auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK firmus im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen.



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

Wechsel

33. Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Krankentagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK firmus nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK firmus folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
34. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK firmus über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.