

Satzung der BKK firmus

Inkrafttreten 01.07.2010

Stand 01.01.2019

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 [unbesetzt]
- § 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 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 Versorgung
- § 13e Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten während der Schwangerschaft und im 1. Lebensjahr des Kindes/der Kinder
- § 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V
- § 15 Wahltarife Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Art der Bekanntmachung
- § 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: [unbesetzt]

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 am 01.01. des Kalenderjahres (§ 62 Abs. 3 SGB IV).

- 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit 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 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird zwei Widerspruchsausschüssen übertragen. Die Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Bremen und in Osnabrück.

- II.
 1. Die Widerspruchsausschüsse 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 Widerspruchsausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 3. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 4. Der Vorsitz in den beiden Widerspruchsausschüssen wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse 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 Widerspruchsausschüsse beratend teil.
 6. Der Widerspruchsausschuss 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 Widerspruchsausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.

- IV. Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1, 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der 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 Satz 1 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 sowie die Kinder von familienversicherten Kindern 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 3, 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.



§ 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 0,44 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a

Unbesetzt

§ 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).



§ 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 Erfassung von gesundheitlichen Risiken und 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 Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 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 € und maximal 50,00 €, 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.

VI. Nicht zugelassene Leistungserbringer

- (1) Die BKK firmus übernimmt abweichend von § 108 SGB V auch die Kosten für stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V.

Voraussetzungen dafür sind:

- a) die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem zugelassenen Vertragsarzt/ einer zugelassenen Vertragsärztin oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer bescheinigt,
 - b) das Krankenhaus gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Behandlungs- oder Aufnahmevertrag des Leistungserbringers wird der BKK firmus vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die BKK firmus hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- (2) Die Kosten nach Absatz (1) werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen und nach Abschluss der Krankenhausbehandlung ermittelt und erstattet.
- (3) Mit der Zustimmung nach Absatz (1) Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK firmus, die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils sowie Art und den Umfang der vorzulegenden Rechnungsbelege.

VII. Vorsorgeleistungen

Über die im SGB V geregelten Leistungen hinaus erstattet die BKK firmus im Einzelfall für folgende, von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführte Vorsorgeleistungen in Höhe von insgesamt maximal 100,00 € je Kalenderjahr:

- a) Gesundheitsuntersuchungen vor dem 35. Lebensjahr („Check Up“) bei Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel, positive Familienanamnese).
- b) Hautkrebsscreening, einschließlich der Auflichtmikroskopie, wenn diese bei bestehenden Risikofaktoren (z.B. familiäre Vorerkrankungen oder auffälligen Muttermalen) notwendig ist.

Voraussetzungen für die Leistungen sind, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung, noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

VIII. Flash Glukose Messsystem

- (1) Die BKK firmus übernimmt die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- (2) Voraussetzungen sind, dass
 - a) eine intensivierete konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt,
 - b) die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden können,
 - c) die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 - oder
 - Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation,
 - oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.
- (3) Vor Behandlungsbeginn sind mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen.
- (4) Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Gerätes verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.
- (5) Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
- (6) Die Kasse hat der Versorgung vor Beginn zugestimmt und übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von 60,00 € und die Kosten für Sensoren in Höhe von 60,00 € je Sensor, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V. Die BKK firmus übernimmt die Kosten für maximal sieben Sensoren pro Quartal.

IX. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

Auf Wunsch können Versicherte eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung bei bestimmten Risikofaktoren (z. B. Gelenkbeschwerden, Übergewicht, Bluthochdruck oder Diabetes mellitus) in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistungen von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

Die BKK firmus erstattet 80 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 30,00 € pro Behandlung. Hierfür sind spezifizierte Originalrechnungen sowie 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, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

X. Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen

- (1) Die BKK firmus erstattet die Kosten für die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs von Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer für männliche Versicherte, wenn die schwangere Versicherte zum Zeitpunkt der Durchführung des Kurses ebenfalls bei der BKK firmus versichert ist. Die Erstattung ist auf maximal 100,00 € pro Schwangerschaft begrenzt. Die Kosten sind durch Originalrechnungen nachzuweisen.
- (2) Der Versicherten, die Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK firmus die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme von der 37. Schwangerschaftswoche an entstehen. Die Hebammen müssen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sein. Voraussetzung ist ferner, dass die Rufbereitschaft eine telefonische oder persönliche 24-Stunden-Erreichbarkeit und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhaltet. Die Erstattung der Kosten ist auf 300,00 € je Schwangerschaft begrenzt. Die Kosten sind durch Originalrechnungen nachzuweisen.
- (3) Die BKK firmus beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen bei Schwangerschaft, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung des Kindes entgegenzuwirken, Risiken frühzeitig zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden. Der Zuschuss für die unter a. bis g. dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 100,00 € pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

Für folgende medizinisch notwendige Leistungen wird ein Zuschuss gewährt:

- a. Ersttrimester Screening (Nackenfaltenmessung und Blutuntersuchung) für Risikoschwangere.
- b. Triple Test für Risikoschwangere.
- c. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
- d. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- e. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- f. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren.
- g. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.



Voraussetzung ist, dass die medizinisch notwendigen Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Bietet eine gynäkologische Praxis einen feindiagnostischen Organultraschall bzw. eine fetale Missbildungsdiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik an, muss die DEGUM II-Qualifikation nachgewiesen werden. Für das Ersttrimester Screening ist die Zertifizierung nach dem Zertifizierungsprozess FMF-Deutschland erforderlich.

Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

Zur Erstattung ist der BKK firmus die jeweilige Rechnung im Original vorzulegen.

- (4) Die BKK firmus übernimmt für schwangere Versicherte nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit dem Wirkstoff Folsäure.

Erstattet werden die für den Zeitraum der Schwangerschaft erforderlichen Arzneimittel. Die Erstattung der entstandenen Kosten ist auf höchstens 20,00 € je Schwangerschaft begrenzt.

Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit dem in Satz 1 genannten Wirkstoff ist nicht möglich.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss bleibt unberührt.

Der Bezug der Folsäure erfolgt über die Apotheke bzw. einen im Rahmen des deutschen Rechts zulässigen Versandhandels.

XI. Künstliche Befruchtung

Die BKK firmus gewährt ihren Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für maximal drei weitere Behandlungsversuche.

Der Zuschuss beträgt 500,00 € je Behandlungsversuch und Versicherten, jedoch nicht mehr als die den Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

XII. Professionelle Zahnreinigung

- (1) Die BKK firmus gewährt ihren Versicherten über die Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V hinaus einen Zuschuss für eine ab 1. Januar 2018 in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt. Der einmalige Zuschuss beträgt maximal 40,00 € pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
- (2) Wird der Zuschuss nicht bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt, verfällt der Anspruch auf die Zahlung eines Zuschusses.

XIII. Osteopathie

- (1) Versicherte können Leistungen der Osteopathie in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern, die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde und ärztlich verordnet wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung zugelassenen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch eine/n zugelassene/n Physiotherapeutin/Physiotherapeuten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnigte/n Ärztin/Arzt oder Physiotherapeutin/Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechnigt wäre.
- (2) Die BKK firmus übernimmt die Kosten für eine ab 1. Januar 2018 in Anspruch genommene Sitzung je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet wird der Rechnungsbetrag bis maximal 50,00 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnung sowie der ärztlichen Verordnung.

§ 12a

Unbesetzt

§ 12b Primärprävention

I. Handlungsfelder

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

- dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- den Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V)
- dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:
 1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
 2. Ernährung:
 - a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 3. Stressmanagement:
 - a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
 - b. Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
 4. Suchtmittelkonsum:
 - a. Förderung des Nichtrauchens
 - b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

II. Kostenübernahme-Regelungen

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

Leistungen, die von der BKK firmus 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 90 % der entstandenen Kosten, max. aber 103,00 € je Maßnahme 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 Management GSM GmbH mit Sitz in Leverkusen durchgeführt.

Die BKK firmus zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventivprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss maximal in Höhe von 160,00 EUR bzw. maximal in Höhe von 110,00 EUR für Kinder ab 6 Jahren. Der Zuschuss wird jährlich einmal gezahlt.

§ 12c Schutzimpfungen

- (1) Die BKK firmus übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V alle ärztlich verordneten Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn der Impfstoff nach arzneimittelrechtlichen Vorschriften zugelassen ist.
- (2) Die Impfleistungen werden als Sachleistung gewährt und über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) abgerechnet. Die Kosten für Schutzimpfungen werden in Höhe der tatsächlich angefallenen Kosten übernommen, aber maximal in der Höhe der Kosten, die die BKK firmus als Sachleistung zu tragen hätte (Arzthonorar nach EBM und Impfstoffkosten), abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen. Satz 2 gilt nur dann, sofern im Einzelfall eine Abrechnung über die eGK nicht möglich ist.
- (3) Eine Übernahme der Schutzimpfungen ist ausgeschlossen, wenn der Arbeitgeber die Schutzimpfungen unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfungen in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt oder die Schutzimpfung vom öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen wird bzw. sonst ein anderweitiger Kostenträger zuständig ist.
- (4) Es werden keine Kosten für Schutzimpfungen erstattet, wenn die/der Versicherte von der Möglichkeit einer betrieblichen Schutzimpfung keinen Gebrauch gemacht hat.

§ 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 bei einer Maßnahme von mindestens 14 Tagen 224,00 € und bei einer Maßnahme von mindestens 21 Tagen 336,00 € als pauschale Abgeltung der Aufwendungen.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25,00 €.

Die Dauer der ambulanten Vorsorgeleistung ist durch Originalrechnungen nachzuweisen.

§ 13a

Unbesetzt

§ 13b

Unbesetzt

§ 13c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

(1) 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, 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 diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) 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.

§ 13d Wahltarif Besondere Versorgung

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) 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.

§ 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.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus in Höhe von 30,00 €, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Maßnahmen 1 bis 5 vollständig innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht auf 60,00 €, wenn der Versicherte aus den Maßnahmen 6 bis 10 mindestens drei Punkte nachweist:

1. Der Versicherte nimmt regelmäßig ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 92 SGB V in Anspruch.
2. Der Versicherte nimmt die vorgesehenen Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Absatz 2 SGB V i. V. m. § 92 SGB V in Anspruch.
3. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 92 SGB V vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen regelmäßig und vollständig in Anspruch.
4. Der Versicherte nimmt regelmäßig die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V in Anspruch.
5. Der Versicherte hat die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V vollständig in Anspruch genommen.
6. Der Versicherte treibt regelmäßig, (d. h. mind. 26 x pro Jahr), Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein oder in einer qualitätsgesicherten Fitnessseinrichtung, Bestätigung der Regelmäßigkeit durch die Einrichtung).
7. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt im Normbereich.
8. Der Versicherte erwirbt das deutsche Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes in Bronze, Silber oder Gold.
9. Der Versicherte erwirbt ein Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG.
10. Der Versicherte ist Nichtraucher (mindestens seit 6 Monaten). Die Bestätigung erfolgt durch einen Arzt.

II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird von der Arztpraxis oder dem Anbieter der Leistung im Bonusheft der BKK firmus mit Datum, Stempel und Unterschrift quittiert.

III. Alle nachgewiesenen Maßnahmen werden innerhalb eines Kalenderjahres maximal ein Mal bonifiziert.

IV. Ein Anspruch auf die jährliche Bonuszahlung besteht nur, wenn bei Antragstellung eine gültige Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht und die Leistung spätestens bis zum 31.03. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird; nach Ablauf dieser Frist ist eine Auszahlung nicht mehr möglich. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK firmus eingereicht wird.

V. Das Bonusprogramm der BKK firmus läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis zum 31.12. des Jahres, frühestens ab 01.01.2018. In dieser Zeit hat der Versicherte die Möglichkeit, Nachweise zu sammeln.

Die Teilnahme ist für Mitglieder auch unterjährig möglich. Eine Auszahlung des Bonus ist auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr, möglich.

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten während der Schwangerschaft und im 1. Lebensjahr des Kindes/der Kinder

- (1) Weibliche Versicherte, die sich während der Schwangerschaft gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen besonderen Bonus, wenn sie folgende Voraussetzungen nachweisen und sie sowie das Kind bzw. die Kinder ab Geburt bis zum Erreichen der Voraussetzungen und der Einlösung des Bonus bei der BKK firmus ungekündigt versichert sind:
 - a. Inanspruchnahme aller im Rahmen einer Schwangerschaft gemäß den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Maßnahmen durch die werdende Mutter. Der Nachweis ist durch die Kopie des Mutterpasses zu erbringen.
 - b. Nachweis der Teilnahme an einem Kurs Rückbildungsgymnastik nach der Entbindung.
 - c. Nachweis aller Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6.

- (2) Bei Erfüllung aller Voraussetzungen wird ein Bonus von 250,00 € gewährt. Er ist nach Vollendung des 1. Lebensjahres und bis zum Beginn des 16. Lebensmonats des Kindes/der Kinder zu beantragen.

§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus nach § 20b SGB V, 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 Arbeitsschutzgesetzes oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
- (2) Die BKK firmus 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 die Höhe und Auszahlung des Bonus.
- (3) Der Bonus beträgt maximal 20 % der Aufwendungen des Arbeitgebers im Rahmen der vereinbarten Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung im Jahr. Er darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen, maximal 3.000,00 € je Maßnahme im Kalenderjahr.
- (4) Der Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. Im Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.

§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention teilnehmen.
- (2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10,00 € je Maßnahme ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die mindestens 90%ige Teilnahme an einer Maßnahme nach Abs. (1) nachgewiesen wurden. Es werden maximal 2 Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.

§ 14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK firmus ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

(2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der BKK firmus für die Versicherten tätig wird.

(3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK firmus.

(4) Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Die BKK firmus 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.

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

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

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die BKK firmus vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 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 Art der Bekanntmachung

- (1) Die Satzung sowie das sonstige autonome Recht der BKK firmus werden durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-firmus.de, nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in den Servicezentren in Bremen und Osnabrück, bekannt gemacht. 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.
- (2) Die öffentliche Zustellung nach § 10 Absatz 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in den o.a. Servicezentren. Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt zwei Wochen.
- (3) Auf der Anordnung sind der Tag des Anheftens, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung 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.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 8. Nachtrag am 20.12.2016 beschlossen. Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 9. Nachtrag am 18.05.2017 beschlossen. Dieser Satzungsantrag tritt am 01.07.2017 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 10. Nachtrag am 28.09.2017 beschlossen. Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2018 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 11. Nachtrag am 14.12.2017 beschlossen. Dieser Satzungsantrag tritt am 01.01.2018 in Kraft.



Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 12. Nachtrag am 29.11.2018 beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt am 01.01.2019 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der BKK firmus hat den 13. Nachtrag am 29.11.2018 beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt am 01.01.2019 in Kraft.

Bremen, den 29.11.2018

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates



Dr. Torsten Knappe



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.

I. 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

Unbesetzt

Anlage 6 zu § 15 der Satzung

Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die BKK firmus 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 Regelaltersrente 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 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.

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 BKK firmus.

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 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 geben und Nachweise dazu vorzulegen.
- 7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK firmus nachzuweisen und die BKK firmus 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 kalendertäglich | 10 € | 20 € | 30 € | 40 € | 50 € |
| 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 kalendertäglich | 10 € | 20 € | 30 € | 40 € | 50 € | 60 € | 70 € | 80 € | 90 € |
| 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 BKK firmus 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 BKK firmus 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 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.

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 Sozialleistungsträgern 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 BKK firmus.

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 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 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 drei 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 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 € - 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 BKK firmus eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die BKK firmus 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 BKK firmus sein Arbeitsentgelt bzw. 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 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 Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK firmus 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 BKK firmus nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK firmus folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe erst 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 BKK firmus 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.