

energie·BKK

Unsere Energie für Ihre Gesundheit

Satzung der energie-Betriebskrankenkasse

gültig ab

1. Januar 2017

Stand:

Nachtrag Nr. 3

genehmigt vom BVA am 8. Februar 2019

Inkrafttreten zum 20. Februar 2019

Präambel

Die energie-BKK ist die Krankenkasse für Familie und Partnerunternehmen. 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 Versicherten, soweit es Gesetz und andere rechtliche Normen ermöglichen. Die energie-BKK fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Versicherten am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt. Sie trägt damit zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Umwelt bei. Sie unterstützt ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzleistungen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind. Die energie-BKK wird jetzt und 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 energie-BKK ist Partner der Unternehmen in allen Fragen der Sozialversicherung und Gesundheitsförderung. Die energie-BKK 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, die Partnerunternehmen sowie die Vertragspartner erhalten damit die Gelegenheit, unser Handeln an diesen Grundsätzen zu messen.

Das Leitmotiv der energie-BKK lautet:

„Unsere Energie für Ihre Gesundheit“

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§	1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	6
§	2 Verwaltungsrat	9
§	3 Vorstand	11
§	4 Widerspruchsausschuss	13
§	5 Kreis der versicherten Personen	15
§	6 Kündigung der Mitgliedschaft	15
§	7 Aufbringung der Mittel	16
§	8 Bemessung der Beiträge	17
§	9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	17
§	9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	17
§	10 Fälligkeit der Beiträge	18
§	10a Erhebung von Beitragsvorschüssen	19
§	11 Höhe der Rücklage	19
§	12 Leistungen	20
§	12a Primärprävention	33
§	12b Schutzimpfungen	34
§	12c Leistungsausschluss	34
§	12d Ärztliche Zweitmeinung Onkologie	35
§	13 Medizinische Vorsorgeleistungen	37
§	13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	37
§	13b Wahltarif besondere Versorgung	38
§	13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	39
§	13d Wahltarif Selbstbehalt	39
§	14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	42
§	14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	44
§	14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	44
§	14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	45
§	15 Wahltarife Krankengeld	46
§	16 Kooperation mit der PKV	47
§	17 Aufsicht	47

§	18 Mitgliedschaft zum Landesverband	47
§	19 Bekanntmachungen	47

Artikel II

Inkrafttreten	46
---------------	----

Artikel III Nachträge

Anlage zu § 2 der Satzung	Entschädigungsregelung	47
---------------------------	------------------------	----

Anlage zu § 15 der Satzung	Wahltarife Krankengeld	49
----------------------------	------------------------	----

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen energie-Betriebskrankenkasse (Kurzform: energie-BKK).

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2017.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hannover.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Unternehmen

1. Avacon AG, Helmstedt
2. Bayernwerk AG, Regensburg
3. E.DIS AG, Fürstenwalde
4. HanseWerk AG, Quickborn
5. EAM GmbH & Co. KG, Kassel
6. Vattenfall Europe Trading GmbH, Hamburg
7. Uniper AG, Düsseldorf
8. E.ON SE, Düsseldorf, Essen und Berlin
9. Thüga AG, München
10. Open Grid Europe GmbH, Essen einschließlich der Betriebsstätten in
Nordrhein-Westfalen: Aegidienberg, Düsseldorf-Benrath, Dorsten, Drohne, Essen-Altenessen, Krefeld-St. Hubert, Olpe, Köln-Porz, Radevormwald, Schwerte, Stolberg, Ummeln, Werne
Niedersachsen: Berge-Emsbüren, Bunde, Krummhörn, Hannover-Vinnhorst
Bayern: Bamberg, Eppenschlag, Eschenfelden, Neu-Ulm, Nürnberg, Renzenhof, Rimpar, Roding, Röllbach, Rothenstadt, Waidhaus, Waldershof, Wildenranna,
Baden-Württemberg: Hügellheim, Sandhausen, Schwarzach

Hessen: Gernsheim, Niedereschbach, Reiskirchen

Rheinland-Pfalz: Mayen, Mittelbrunn, Scheidt

11. Mark-E AG, Hagen
12. E.ON Kernkraft GmbH, Hannover
13. E.ON Technologies GmbH, Gelsenkirchen
14. E.ON Business Service GmbH, Hannover, Berlin
15. E.ON Global Commodities SE, Düsseldorf, Essen
16. Westfalen Weser Netz GmbH, Paderborn
17. E-Plus Mobilfunk GmbH & Co. KG, mit den dazu gehörenden im gesamten Bundesgebiet angeschlossenen unselbstständigen Betriebsstätten
18. Wiesmoor-Gärtnerei und Baumschule GmbH, Wiesmoor
19. LBH Beteiligungen GmbH, Essen
20. erdgasheizung GmbH, Essen
21. PLEdoc GmbH, Essen
22. E.ON Ruhrgas International AG, Essen
23. Ruhrgas Industries GmbH, Essen
24. GasLine Telekommunikationsnetz-Geschäftsführungsgesellschaft deutscher Gasversorgungsunternehmen mbH, Essen
25. E.ON Ruhrgas Direkt GmbH, Essen
26. Gebrüder Colman GmbH & Co., Essen
27. ESC – Energie Service Center Verwaltungs GmbH, Neuss
28. ESC – Energie Service Center GmbH & Co. KG, Neuss
29. PLEcon – Pipeline Engineering Consulting GmbH, Berlin
30. E.ON Service GmbH, Essen
31. erdgas mobil Verwaltungs-GmbH, Essen
32. erdgas mobil GmbH & Co. KG, Essen
33. GasLine Telekommunikationsnetz Gesellschaft Deutscher Gasversorgungsunternehmen mbH & Co. KG, Straelen
34. GasLine CP Customer Projects GmbH, Straelen
35. E.ON Ruhrgas E & P GmbH, Essen
36. E.ON Bioerdgas GmbH, Essen
37. Harz Energie GmbH & Co. KG, Osterode am Harz
38. E.ON Gas Storage GmbH, Essen, Bierwang, Breitbrunn und Epe
39. E.ON Climate & Renewables GmbH, Düsseldorf
40. E.ON Gas Mobil GmbH, Essen
41. Thüga Energie GmbH, München
42. Thüga Energienetze GmbH, Schifferstadt
43. E.ON Energie Deutschland GmbH (EDG), Regensburg

44. NetConnect Germany GmbH & Co. KG, Ratingen
45. Open Grid Service GmbH, Essen
46. Vier Gas Services GmbH & Co. KG, Frankfurt
47. E.ON Kundenservice GmbH, Landshut

III Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich darüber hinaus auch auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- I
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
- II
- Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 15 Versichertenvertreter und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III
- Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

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

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 des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Er nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hannover.

- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 8 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK und 1 Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit entsprechender Stimmenanzahl.
 2. Im Verhinderungsfall werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses durch Listenstellvertreter vertreten. Die Liste der Stellvertreter umfasst acht Versicherten- und einen Arbeitgebervertreter.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses gewählt. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- III Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen oder der Bußgeldbescheid als bestätigt.
- IV Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

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

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

III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV Wenn ein Wahltarif nach §§ 13d, 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den in § 13d Absatz VI und der Anlage zu § 15 Nr. 3 genannten Voraussetzungen, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß §§ 13d, 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nummer 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die energie-BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

- II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen

Beitragsvorschüsse

1. Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
 - die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.

2. Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je einen Monat gefordert werden.
Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
3. Zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
5. 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 Häusliche Krankenpflege¹

Zusätzlich zur Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird als häusliche Krankenpflege auch die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann und nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches vorliegt.

Die Dauer ist auf maximal 12 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

¹ § 12 II, 1. Absatz geändert durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 14.08.2017, Inkrafttreten am 01.01.2017

III Haushaltshilfe

1. Über die Ansprüche gemäß § 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V hinaus wird Haushaltshilfe für einen Zeitraum von insgesamt 12 Wochen innerhalb eines Jahres gewährt, ohne 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, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
In begründeten Einzelfällen wird eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung eingeholt.
Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn und soweit Ansprüche im Sinne des SGB XI bestehen.
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 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen 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.

V Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlassete 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 Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält. Wurde ein Wahltarif nach § 13d (Wahltarif Selbstbehalt) gewählt, gilt die Kündigungsfrist des § 13d Absatz VI entsprechend.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 25 v. H. der ausgewiesenen privatärztlichen / privat Zahnärztlichen Rechnungslegung; auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Der Erstattungsbetrag ist um 5 %, maximal 50,00 EUR je Erstattungsantrag und Kalenderjahr für Verwaltungskosten zu kürzen.
6. Die gesetzlich vorgesehenen 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 Europäi-

schen 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 Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und ärztlichen Verordnungen vorzulegen.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

VII Zusätzliche Satzungsleistungen

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V.

Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

A. Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel jedoch maximal 120,00 Euro insgesamt pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden. Der gesetzliche Anspruch

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

B. Schwangerschaftsleistungen

Für folgende, von einem Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist, durchgeführte oder veranlasste Schwangerschaftsleistungen erstattet die Betriebskrankenkasse im Einzelfall die Kosten, wenn die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken:

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Toxoplasmosetest bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),
- Triple-Test bei positiver Familienanamnese, auf ärztliche Empfehlung oder besonders begründeter Indikation,
- Nackenfaltenmessung bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- B-Streptokokken-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Ersttrimesterscreening bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Glucose-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Ringelröteln-/Windpockentest nur bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt zu Personen mit möglichen Erregern),
- Zytomegalie-Test nur bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das sechste Lebensjahr nicht überschritten hat.

Ferner erstattet die Betriebskrankenkasse die während einer Schwangerschaft entstandenen Kosten für die folgenden nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel:

- Folsäure,
- Vitamin B 12,
- Jod.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass

- a. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- b. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

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

Die Bezuschussung der genannten Vorsorgeleistungen sowie die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln erfolgt gegen Vorlage von spezifizierten Originalrechnungen und ärztlichen Verordnungen. Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 120,00 Euro Gesamterstattung je Schwangerschaft möglich, sofern das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse versichert ist.

C. Leistungen im Bereich der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - Geburtsvorbereitungskurse für werdende Väter

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für die regelmäßige Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen von Hebammen gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer für bei ihr versicherte werdende Väter.²
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 80,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

D. Leistungen im Bereich der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - Hebammenrufbereitschaft

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer unmittelbar vor dem mutmaßlichen Entbindungstermin für maximal

² geändert durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 14.08.2017, Inkrafttreten am 18.08.2017

5 Wochen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme eine telefonische oder persönliche 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleistet.

2. Die Rufbereitschaft kann bei Hausgeburten, bei Entbindungen in Geburtshäusern, die von Hebammen geleitet werden und bei Geburten in Krankenhäusern, die von einer persönlich ausgesuchten Beleghebamme begleitet werden, in Anspruch genommen werden.
3. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 250,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherter.
4. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

E. Leistungen der stationären Behandlung aus dem Bereich der nicht zugelassenen Leistungserbringer

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung entsprechend § 39 Absatz 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Betriebskrankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen. Mit der Zustimmung nach Nummer 1 Buchstabe e erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzungen der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Betriebskrankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

F. Leistungen der Psychotherapie aus dem Bereich der nicht zugelassenen Leistungserbringer

1. Versicherte können unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung psychotherapeutische Leistungen bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten oder vergleichbar qualifizierten Therapeuten in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der einen Nachweis über seine psychotherapeutische Qualifikation erbringt.
2. Die Therapie soll als kurzfristige Intervention bei der Bewältigung einer akuten Krisensituation unterstützen und bei Bedarf mit dem Übergang zu einer psychotherapeutischen Kurz- oder Langzeittherapie, ggf. mit Kontaktvermittlung zu einem anderen Leistungsanbieter, enden.
3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer je Kalenderjahr und Versicherten. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 50,00 Euro pro Sitzung.
4. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

G. Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

1. Versicherte haben Anspruch auf ambulante medizinische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu lindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Voraussetzung hierfür ist der Abschluss einer Vereinbarung der Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer, die diese Behandlung einschließt.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

2. Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am quantifizierten Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über

die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit solchen Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Der Leistungserbringer muss über eine vergleichbare Qualifikation wie im Vierten Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

3. Über die Leistungserbringer, mit denen die Betriebskrankenkasse eine solche Vereinbarung geschlossen hat, führt sie ein Verzeichnis. Das Verzeichnis beinhaltet Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis kann den Versicherten auf Wunsch in schriftlicher Form zugesandt werden.
4. Zur Erstattung der veranlassten Leistung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen im Original vorzulegen. Die Erstattung ist begrenzt auf die Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung aufzuwenden hätte. Sind die tatsächlichen Kosten niedriger, erfolgt eine Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

H. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Professionelle Zahnreinigung

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der professionellen Zahnreinigung durch einen Zahnarzt für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr für maximal zwei Sitzungen insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 25,00 Euro pro Sitzung.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

I. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Fissurenversiegelung der Prämolaren

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Fissurenversiegelung der Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss durch einen Zahnarzt für Versicherte vom 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 100,00 Euro insgesamt je

Kalenderjahr und Versicherten.

3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

J. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Anästhesie (Vollnarkose)

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern diese keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages nach GOÄ, jedoch maximal bis zu einem Betrag von insgesamt 100,00 EUR pro Versicherten im Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

K. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung – Retentionsspanne

Die Betriebskrankenkasse erstattet zur Sicherung des Behandlungsergebnisses die Kosten für das Einsetzen einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. „festsitzender Retainer“).

Die Kosten werden je Kiefer in Höhe von 100,00 EUR, jedoch nicht mehr als in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten übernommen, wenn die Betriebskrankenkasse die Kosten für die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene erfolgreiche kieferorthopädische Behandlung getragen hat.

Die Erstattung für einen festsitzenden Retainer im Unterkiefer ist ausgeschlossen, sofern die Kieferorthopädie-Richtlinien die vertragliche Abrechnung von festsitzenden Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer vorsehen.

Zur Erstattung ist der Betriebskrankenkasse die Originalrechnung mit Angabe des Leistungserbringers, des Namens des Versicherten, des Einsetzungsdatums sowie die Höhe der Kosten vorzulegen.

L. Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge - Knochendichtemessung

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Knochendichtemessung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen um Krankheiten zu verhüten, sofern der medizinisch begründete Verdacht auf Vorliegen eines Krankheitsrisikos der Osteoporose besteht. Der Anspruch auf diese Untersuchung besteht unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung für weibliche Versicherte ab 55 Jahren, für männliche Versicherte ab 65 Jahren, für maximal 1 Untersuchung pro Jahr, bei Wiederholung frühestens nach 2 Jahren. Voraussetzung ist, dass für Versicherte kein Anspruch auf die Knochendichtemessung im Rahmen der Regelleistung besteht.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 40,00 Euro insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

§ 12a Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger

Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 160,00 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V für ihre Versicherten weitere Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn diese ärztlich empfohlen werden und der Impfstoff nach arzneimittelrechtlichen Vorschriften zugelassen ist.
- II Dies gilt nicht, wenn die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

§ 12c Leistungsausschluss

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

§ 12d Ärztliche Zweitmeinung Onkologie

- I Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Absatz 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten oder stationären Eingriffen durch zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- II Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch die unter Absatz I genannten möglichen Erbringer der Zweitmeinung, mit denen die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz V getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
- III Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der folgenden aufgeführten gesicherten Diagnosen:
- C00 - C75: Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe,
 - C76 - C80: Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen,
 - C81 - C96: Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet,
 - C97: Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen.
- Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
- IV Alle Versicherten der Betriebskrankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

V Die Betriebskrankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit den unter Absatz I genannten möglichen Erbringern der Zweitmeinung. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Betriebskrankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Betriebskrankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

VI Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Betriebskrankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

VII Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Betriebskrankenkasse abgerechnet.

VIII Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Absatz 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif besondere Versorgung

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

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse 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.

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt

- I Auszubildende gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 160,00 EUR übernehmen (Selbstbehalt).
- II Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention (§§ 20 und 20i SGB V),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 - Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V),
 - Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V).

- III Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt. Wurde Kostenerstattung gewählt, können nur Leistungen in Höhe der vereinbarten Kassensätze auf den Selbstbehalt angerechnet werden.
- IV Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 160 EUR jährlich 150 EUR. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Voraus. Erstmalig innerhalb eines Monats nach Vertragsbeitritt und in den Folgejahren zum 01.08. eines Jahres. In Anspruch genommene Leistungen werden jeweils mit der Prämie für das folgende Jahr bis zur Höhe des vereinbarten Selbstbehaltes verrechnet bzw. für das dritte Jahr gegebenenfalls zurückgefordert.
- V Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.
- VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.
- Der Wahltarif endet automatisch nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, spätestens jedoch mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Ausbildungsverhältnis endet.

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

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Maßnahmen 1 bis 4 vollständig innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte aus den Maßnahmen 5 bis 18 weitere Punkte nachweist:

1. Der Versicherte, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, 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, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, 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 hat regelmäßig an maximal zwei zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V teilgenommen.
7. Der Versicherte hat an einer freiwilligen Gesundheitsaktion einer Krankenkasse, im Setting-Ansatz Lebenswelten teilgenommen.
8. Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Bewegungsangebote im Sportverein, wie sie beispielsweise vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. auch für Kinder und Jugendliche empfohlen werden, oder Fitnessstudio wahr.
9. Der Versicherte erwirbt das deutsche Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes in Bronze, Silber oder Gold.
10. Der Versicherte erwirbt ein Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG.
11. Der Versicherte erwirbt ein Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer.
12. Der Versicherte erwirbt ein Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbandes.

13. Der Versicherte nimmt aktiv nach entsprechender begleitender Vorbereitung an bis zu zwei Laufveranstaltungen teil (Nachweis durch Bestätigung Übungsleiter).
 14. Weibliche Versicherte nehmen regelmäßig ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere in Anspruch (Nachweis durch vollständig ausgefüllten Mutterschutzpass).
 15. Versicherte Kinder nehmen regelmäßig an einem Baby-Schwimm-Kurs teil.
 16. Der Versicherte nimmt an einer Hautkrebsuntersuchung gemäß § 25 SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses teil, soweit nicht über Nr. 2 erfasst.
 17. Die Versicherte nimmt an einem Mammographiescreening gemäß § 25 SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses teil, soweit nicht über Nr. 2 erfasst.
 18. Der Versicherte nimmt an einer Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses teil, soweit nicht über Nr. 2 erfasst.
- II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird von der Arztpraxis oder dem Anbieter der Leistung im Bonusheft der Betriebskrankenkasse mit Datum, Stempel und Unterschrift quittiert.
- III Der Nachweis einer der Maßnahmen 1 bis 18 entspricht jeweils zehn Bonuspunkten. Alle nachgewiesenen Maßnahmen werden innerhalb eines Kalenderjahres jeweils ein Mal bonifiziert, mit Ausnahme der Maßnahmen 6 und 13, die bei entsprechendem Nachweis bis zu zwei Mal mit jeweils zehn Bonuspunkten bonifiziert werden. Ein Bonuspunkt entspricht einem Gegenwert von einem Euro.
- IV Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist für Versicherte das Erlangen von insgesamt mindestens 30 Bonuspunkten. Eine Übertragung erzielter Bonuspunkte in das Folgejahr ist nicht möglich.
- V Das Bonusprogramm der Betriebskrankenkasse läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis zum 31.12. des Jahres, frühestens ab 01.01.2017. In dieser Zeit hat der Versicherte die Möglichkeit, Nachweise zu sammeln. Die Teilnahme für Neumitglieder der Betriebskrankenkasse ist auch unterjährig möglich. Eine Auszahlung des Bonus ist auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr, möglich. Spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres muss der Versicherte den Bonus zur Erstattung einreichen; nach Ablauf dieser Frist ist eine Auszahlung nicht mehr möglich.

Zum Zeitpunkt des Antrages der Auszahlung muss eine offene, ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen, ansonsten ist keine Auszahlung möglich.

Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden zusätzlich erstattet.

§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus für die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, wenn diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I 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

1. Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14b ab.

- II Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10,00 EUR zum 1. April eines Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurden.
- III Erhält der Versicherte einen Bonus gemäß § 14c, ist eine Bonifizierung nach § 14a ausgeschlossen.

§ 14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse 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.
- II Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrages mit der Betriebskrankenkasse für die Versicherten tätig wird.
- III Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz II. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Betriebskrankenkasse.
- IV Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

I Die Betriebskrankenkasse bietet

- hauptberuflich selbstständig 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, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

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

III Die Teilnahme bestimmt sich nach Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und außerdem durch Bekanntgabe im Internet unter www.energie-bkk.de.

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 Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Verwaltungsräte der energie-Betriebskrankenkasse und der E.ON Betriebskrankenkasse haben diese Satzung in ihren Sitzungen am 30. und 20. Juni 2016 sowie am 9. und 12. Dezember 2016 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Hannover, 9. Dezember 2016

Essen, 12. Dezember 2016

Frank Aigner
Alternierender Vorsitzender des
Verwaltungsrates der energie-BKK

Klaus Simon
Alternierender Vorsitzender des Verwal-
tungsrates der E.ON Betriebskrankenkasse

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse der energie-BKK, Lange Laube 6, 30159 Hannover

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, die nicht in einem Trägerunternehmen beschäftigt sind, folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage- / Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Absatz 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 1. / 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 Absatz 1 bzw. 2 BRKG 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 Verdienstaufalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz 1 Nummer 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 Verdienstaufall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

Anlage zu § 15 der Satzung

Teilnahme

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

Laufzeit / Bindungsfrist

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

Tarifende / Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

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

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

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

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

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

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

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifes entspricht den Regelungen des Begriffes 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 Tarifes (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Ar-

beitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

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

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

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletzten-geld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung / Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird

- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Ziffer 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Ziffer 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 der Ziffer 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 Tarifes wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld

bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 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 Satz 1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die Betriebskrankenkasse kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Ziffern 30 und 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen / ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich der Ziffer 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen / Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Ziffer 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne der Ziffer 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifes mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.