

Satzung der energie-Betriebskrankenkasse

**gültig ab
1. Januar 2022**

Stand:

Nachtrag Nr. 14 (genehmigt am 19. Dezember 2024)

Inkrafttreten zum 1. Januar 2025

Präambel.....	4
Artikel I	5
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§ 2 Verwaltungsrat.....	7
§ 3 Vorstand.....	8
§ 4 Widerspruchsausschuss.....	10
§ 5 Kreis der versicherten Personen.....	11
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft.....	12
§ 7 Aufbringung der Mittel.....	13
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	13
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	13
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	13
§ 11 Erhebung von Beitragsvorschüssen	14
§ 12 Höhe der Rücklage.....	14
§ 13 Leistungen.....	15
§ 13a Zusätzliche Satzungsleistungen.....	17
§ 14 Primärprävention	25
§ 14a Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.....	26
§ 15 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten.....	27
§ 16 Leistungsausschluss.....	27
§ 17 Ärztliche Zweitmeinung.....	27
§ 18 Medizinische Vorsorgeleistungen	28
§ 19 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung.....	28
§ 20 Wahltarif besondere Versorgung	29
§ 21 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	29
§ 22 Wahltarif Selbstbehalt BudgetPlus.....	30
§ 22a Wahltarif Selbstbehalt PrämiePlus.....	31
§ 23 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	33

§ 24 Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	36
§ 25 Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	37
§ 26 Kooperation mit der PKV	37
§ 27 Wahltarife Krankengeld	37
§ 28 Aufsicht.....	38
§ 29 Mitgliedschaft zum Landesverband.....	38
§ 30 Bekanntmachungen.....	38
Artikel II	39
Inkrafttreten	39
Anlage zu § 27 der Satzung Wahltarife Krankengeld.....	40
Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung.....	46
Anlage zu § 17 der Satzung: Ärztliche Zweitmeinung	47

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 auch zukünftig ein hohes Maß an Qualität bei ihren Leistungen erbringen. Sie geht verantwortlich mit den Beiträgen ihrer Versicherten und Arbeitgebern um und arbeitet nach wirtschaftlichen Grundsätzen. 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 und die Vertragspartner sollen unser Handeln an den obengenannten Grundsätzen messen. Für die energie-BKK bedeuten diese Verpflichtungen, die Anstrengung ständiger Innovationen auf einem durch Wettbewerb geprägten Markt. Das Leitmotiv der energie-BKK lautet:

„Unsere Energie für Ihre Gesundheit“

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- 1) 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 2022.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hannover.

- 2) 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 Energy Trading GmbH, Hamburg
 7. Uniper SE, Düsseldorf
 8. E.ON SE, Essen
 9. Thüga AG, München
 10. Open Grid Europe GmbH, Essen einschließlich der Betriebsstätten in Nordrhein-Westfalen: Aegidienberg, Düsseldorf-Benrath, Drohne, Essen-Altenessen, St. Hubert, Olpe, Porz, Radevormwald, Schwerte, Stolberg, Ummeln, Werne Niedersachsen: Emsbüren, Bunde, Krummhörn, Hannover-Vinnhorst Bayern: Bamberg, Eppenschlag, Eschenfelden, Renzenhof, Rimpar, Roding, Röllbach, Rothenstadt, Waidhaus, Waldershof, Wildenranna, Baden-Württemberg: Hügelheim, Sandhausen, Schwarzach Hessen: Gernsheim, Niedereschbach, Reiskirchen Rheinland-Pfalz: Mayen, Mittelbrunn, Scheidt
 11. Mark-E AG, Hagen
 12. Preussen Elektra GmbH, Hannover
 13. Uniper Technologies GmbH, Gelsenkirchen
 14. Uniper Global Commodities SE, Düsseldorf
 15. Westfalen Weser Netz GmbH, Paderborn
 16. Wiesmoor-Gärtnerei und Baumschule GmbH, Wiesmoor
 17. PLEdoc GmbH, Essen
 18. Uniper Ruhrgas International GmbH, Essen
 19. Gebrüder Colman GmbH & Co. KG, Essen
 20. PLE Pipeline Engineering GmbH, Berlin
 21. E.ON Service GmbH, Essen
 22. GasLINE Telekommunikationsnetzgesellschaft deutscher Gasversorgungsunternehmen mbH & Co. KG, Straelen
 23. GasLine CP Customer Projects GmbH, Straelen
 24. E.ON Bioerdgas GmbH, Essen
 25. Harz Energie GmbH & Co. KG, Osterode am Harz
 26. E.ON Gas Mobil GmbH, Essen
 27. Thüga Energie GmbH, München
 28. Thüga Energienetze GmbH, Schifferstadt
 29. E.ON Energie Deutschland GmbH, München
 30. Open Grid Service GmbH, Essen
 31. Vier Gas Services GmbH & Co. KG, Essen
 32. RWE AG, Essen, (bundesweit)

33. RWE Power AG, Essen und Köln, (bundesweit)
 34. Amprion GmbH, Dortmund, (bundesweit)
 35. Kernkraftwerke Lippe-Ems GmbH, Lingen/Ems
 36. Lechwerke AG, Augsburg
 37. Süwag Energie AG, Frankfurt a.M., (bundesweit)
 38. Thyssengas GmbH, Dortmund, (bundesweit)
 39. LEW Netzservice GmbH, Augsburg, (bundesweit)
 40. LEW Service & Consulting GmbH, Augsburg, (bundesweit)
 41. LEW Verteilnetz GmbH, Augsburg
 42. LEW Wasserkraft GmbH, Augsburg
 43. RWE Supply & Trading GmbH, Essen, (bundesweit)
 44. Westnetz GmbH, Dortmund, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz)
 45. innogy SE, Essen, (bundesweit)
 46. Syna GmbH, Frankfurt a. M., (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Hessen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz)
 47. Süwag Vertrieb AG & Co KG, Frankfurt a.M., (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen)
 48. RWE Technology International GmbH, Essen, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Nordrhein-Westfalen)
 49. E.ON Gastronomie GmbH, Essen, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz)
 50. RWE Generation SE, Essen, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen)
 51. Westenergie Metering GmbH, Mülheim an der Ruhr, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen)
 52. E.ON Impulse GmbH, Essen
 53. NAFTA Speicher GmbH & Co. KG, Schechen
 54. Future Energy Ventures Management GmbH, Essen
 55. RWE Nuclear GmbH, Essen
 56. Decadia GmbH, Essen
- 3) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich darüber hinaus auch auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- 1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Die Betriebskrankenkasse nimmt am Modellprojekt nach § 194a SGB V zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.
 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.
- 2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 15 Versichertenvertreter und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
 - 3) 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.

- 4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- 5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- 6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- 7) 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.
- 8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- 9) 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.
- 10) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung. Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z. B. das Vorliegen einer Pandemie.

§ 3 Vorstand

- 1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.
- 2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- 3) 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.
- 4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
 - 5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hannover.

- 2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 9 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK und einem 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 neun 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 Absätze 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der/Die Vorsitzende und sein/e Stellvertreter/in werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses gewählt. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem/der Vorsitzenden und dessen/deren Stellvertreter/in. Der/Die Vorsitzende bestimmt den/die Schriftführer/in, der/die auch ein/e Mitarbeiter/in 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.
- 3) Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- 4) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- 5) Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z. B. das Vorliegen einer Pandemie.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- 1) 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.
- 2) Nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 3) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- 1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Betriebskrankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- 2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals 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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. 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 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 Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 5 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Ablauf des Vortages, an dem die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt werden, wenn der Austritt gegenüber der Betriebskrankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach diesem Zeitpunkt erklärt wird. Ansonsten mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse.
- 4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 22, 27 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den in § 22 Absatz 6 und der Anlage zu § 27 Nr. 3 genannten Voraussetzungen, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 27 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 Regelungen des SGB V und die hierzu aufgestellten „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 2,98% monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- 1) 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.
- 2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die energie-BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- 3) 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

- 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 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.
- 3) 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).

§ 11 Erhebung von Beitragsvorschüssen

- 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.

§ 12 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

1) 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, 25a und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 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.

2) Haushaltshilfe

1. Über die Ansprüche gemäß § 38 Absatz 1 Satz 2 SGB V hinaus wird Haushaltshilfe für einen Zeitraum von insgesamt acht Wochen innerhalb eines Jahres gewährt soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. In begründeten Einzelfällen wird eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes 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 Schwägerinnen bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall 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.

3) 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.

4) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält. Wurde ein Wahltarif nach § 22 (Wahltarif Selbstbehalt) gewählt, gilt die Kündigungsfrist des § 22 Absatz 6 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.
6. 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.
7. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Der Erstattungsbetrag ist um 5 %, maximal 50,00 EUR je Erstattungsantrag für Verwaltungskosten zu kürzen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
8. 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 5 v. H., maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten 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.

9. Abweichend von Ziffer 8 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.

5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Gemäß § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

1. als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
2. das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

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 vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 13a 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.

1) 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
 - deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
 - 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 100,00 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.

2) 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:

- Toxoplasmostest bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen).
- B-Streptokokken-Test 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 (Kontakt zu Personen mit möglichen Erregern).
- Zytomegalie-Test nur bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das sechste Lebensjahr nicht überschritten hat.
- Biomarker Präeklampsie.

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

- Folsäure.
- Magnesium.
- Eisen.

- Vitamin B 12.
- Jod.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass

- die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- 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 300,00 Euro Gesamterstattung je Schwangerschaft möglich.

3) 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 werdende Väter.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 100,00 Euro insgesamt je Schwangerschaft und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

4) 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 fünf Wochen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme eine telefonische oder persönliche 24Stunden-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 300,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherter.
4. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

5) 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 abgeschlossen 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.

6) Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Professionelle Zahnreinigung

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der professionellen Zahnreinigung durch einen Zahnarzt für Versicherte 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.

7) 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.

8) Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Anästhesie (Vollnarkose)

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Anästhesie (Vollnarkose/Lachgas-Sedierung) 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.

9) Leistungen der zahnärztlichen Behandlung – Retentionsspange

Die Betriebskrankenkasse erstattet zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einmalig die Kosten für das Einsetzen einer festsitzenden Retentionsspange (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. Mit dem Erstattungsbetrag von 100,00 Euro je Kiefer sind weitere Kosten (z. B. für Reparaturleistungen) abgegolten.

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

Die Erstattung erfolgt nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung. Zur Erstattung ist der Nachweis über den erfolgreichen Behandlungsabschluss sowie die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

10) Leistungen der Osteopathie

1. Versicherte können unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung im Umfang von mindestens 1.350 Stunden mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Ist der Leistungserbringer ordentliches Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen, für den die in Satz 2 genannten Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft erforderlich sind, gilt der Nachweis für eine abgeschlossene Ausbildung als erbracht.
2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 30,00 EUR je Sitzung.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

11) Mehrleistung Vorsorgeuntersuchung

1. Soweit im Einzelfall bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, erstattet die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten über die im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus

die Kosten in Höhe von maximal je 100,00 EUR je Kalenderjahr für folgende Untersuchungen:

- eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherin (MTU), jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
Risikofaktoren für diese Untersuchung: einschlägige familiäre Vorbelastung oder eigene durchgemachte Krebserkrankung.
- Brustkrebsvorsorgeuntersuchung (Mammografie unter 50 Jahren, Ultraschalluntersuchung – „Sono-Check“).
Risikofaktoren für diese Untersuchung: einschlägige familiäre Vorbelastung oder eigene durchgemachte Krebserkrankung.
- Gesundheitsuntersuchung gemäß den Inhalten nach § 25 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie des GBA ab Vollendung des 18. Lebensjahres jeweils einmal alle drei Jahre.
Risikofaktoren für diese Vorsorgeuntersuchung: familiäre oder persönliche Vorbelastung mit Krankheiten von Herz, Lunge, Kopf, Hals, Bauch, Wirbelsäule, Bewegungsapparat, Nervensystem, Sinnesorganen, Nieren, Leber oder Blase sowie Diabeteserkrankung.
- Intima-Media-Dicke-Messung
Risikofaktoren für diese Vorsorgeuntersuchung: Adipositas, Rauchen, körperliche Inaktivität, Apoplex, transitorische ischämische Attacke, Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Hypercholesterinämie, Hypertonie, koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Myokardinfarkt, Hyperhomocysteinämie, Parodontitis.

die Kosten in Höhe von einmalig maximal 120,00 EUR für folgende Untersuchung:

- Darmspiegelung für Frauen unter 55 Jahren und für Männer unter 50 Jahren.
Risikofaktoren für diese Vorsorgeuntersuchung: familiäre Vorerkrankungen oder persönliche Vorbelastung durch fett- und fleischreiche sowie ballaststoffarme Fehlernährung mit zusätzlicher übermäßiger Kalorienzufuhr, Übergewicht, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Brust-, Eierstock- und Gebärmutterkrebs, Zustand nach einer Operation im Urogenitalbereich, erhöhter langjähriger Nikotin- und Alkoholkonsum.
2. Die Leistungen dürfen nur von im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, welche eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorweisen können, oder von nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztinnen und Ärzten.
 3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen vorzulegen.

12) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die Betriebskrankenkasse auf der Basis von § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
 - a. Erhöhtes Körpergewicht
 - b. Erhöhter Blutdruck
 - c. Kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d. Atemwegserkrankungen
 - e. Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f. Diabetes
 - g. Rauchen
 - h. Alkoholmissbrauch
2. Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich als Regelleistung in Anspruch nehmen.
3. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird.
4. Der Zuschuss beträgt alle zwei Jahre maximal 300,00 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierte Originalrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

13) Künstliche Befruchtung

1. Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer „In-Vitro-Fertilisation“ (IVF) oder einer „Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion“ (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen weitergehenden Zuschuss für einen weiteren Behandlungsversuch in Höhe von 200,00 EUR, sofern der Behandlungsversuch nicht über einen anderweitigen Selektivvertrag der Betriebskrankenkasse gewährleistet ist.
2. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen vorzulegen.

14) Hilfsmittel – Einlagen

Die Betriebskrankenkasse erstattet über die in § 33 SGB V geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus sensomotorische/propriozeptive Einlagen bei chronischen Schmerzsymptomatiken, bei schwerwiegenden muskuläre Dysbalancen, bei statischen Veränderungen des Bewegungsapparates sowie bei gravierenden Fuß- und Zehenfehlstellungen bis zu einem Betrag von maximal 100,00 Euro.

Zur Erstattung der Kosten sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen eines Orthopädienschuhmachers sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

15) Hilfsmittel – Lichttherapiegeräte

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel für eine Lichttherapie, sofern
 - a) dessen Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine leichte bis mittelschwere Acne vulgaris (ICD-Code L70.0) zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde
 - b) die Verordnung des Hilfsmittels durch einen Facharzt für Hautkrankheiten erfolgte und
 - c) es sich um CE zertifiziertes Gerät mit Blaulicht (Wellenlänge 420-480nm) und Rotlicht (Wellenlänge 630-790nm) handelt.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Hilfsmittel nach Ziffer 1 einmalig in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150 € pro Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Herstellers und die ärztliche Verordnung hierüber vorzulegen.

16) Häusliche Krankenpflege

1. Neben der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
 - a) Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
 - b) keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 12 Wochen je Krankheitsfall, maximal für die Dauer der Behandlungspflege begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

17) Mehrleistung Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs

1. Soweit im Einzelfall bereits bestehende Risikofaktoren (familiäre Disposition, heller Hauttyp, hohe UV-Strahlenexposition) auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, erstattet die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres im Einzelfall

gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren die Kosten für eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung einschließlich der Auflichtmikroskopie.

2. Die Leistung „Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs“ darf nur von im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, welche eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorweisen können, oder von nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztinnen und Ärzten.
3. Der Anspruch besteht nicht, wenn die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bereits im selben Kalenderjahr im Rahmen einer mit der Betriebskrankenkasse vereinbarten Versorgung durchgeführt wurde.
4. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 25,00 EUR, innerhalb von zwei Jahren. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Originalrechnungen vorzulegen.

18) Zusätzliche kinderorthopädische Leistungen – Cranio-Helmtherapie

1. Für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden die Kosten für eine Behandlung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesen bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.
2. Zur Übernahme der Kosten ist der Kostenvorschlag durch einen Leistungserbringer einschließlich ärztlicher Verordnung einzureichen. In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung der Leistung direkt zwischen Leistungserbringer und der Betriebskrankenkasse. Sofern eine Erstattung der Leistung an den Versicherten erfolgen soll, sind die ärztliche Verordnung sowie die Originalrechnung vorzulegen.
Kostenvorschläge, Rechnungen und ärztliche Bescheinigungen können auch digital an die Betriebskrankenkasse übermittelt werden, wobei die Originalbelege vom Versicherten zum Zweck einer stichprobenartig oder in Verdachtsfällen erforderlichen Echtheitsüberprüfung aufzubewahren sind.

§ 14 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, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten je Maßnahme gewährt.

Der Zuschuss erfolgt gegen Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten mit mindestens einem festen ort- und/oder zeitgebundenen Termin (Präsenzkurse und Live-Onlineseminare). Bei Teilnahme an vollständig orts- und zeitunabhängigen Onlinekursen wird der Zuschuss gegen Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an 100 v. H. der Kurseinheiten gewährt.

Anstelle von zwei Kursen am Wohnort können die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention in Form von Kompaktangeboten in Anspruch genommen werden. Die Inhalte müssen den Vorgaben des Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Die Betriebskrankenkasse leistet für diese wohnortfernen Maßnahmen einen kalenderjährlichen Zuschuss von maximal 160,00 EUR.

§ 14a Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 20k Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

Leistungen, die lediglich allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software oder den Umgang mit einer konkreten Softwareanwendung ohne konkreten Bezug zu einem gesundheitsbezogenen Einsatz vermitteln, werden nicht umfasst.

Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

§ 15 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V für ihre Versicherten weitere Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten in Höhe von 100 %, wenn diese ärztlich empfohlen werden und kein anderer Kostenträger zuständig ist.
2. Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für Reiseschutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Malaria-Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten in Höhe von 100 % der Kosten. Voraussetzung ist, dass diese durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko indiziert und von der Ständigen Impfkommision empfohlen sind.

§ 16 Leistungsausschluss

1. 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.
2. 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 Leistungsinanspruchnahme 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 einschalten.

§ 17 Ärztliche Zweitmeinung

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten nach § 27b Absatz 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen sowie zu angeratenen Therapieempfehlungen.

Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zur Satzung gelisteten Indikationen.

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

2. Das Zweitmeinungsverfahren wird durch zur Leistungserbringung zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder zur Leistungserbringung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte oder zur Leistungserbringung zugelassene Krankenhäuser erbracht. Gleiches gilt für nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnete Leistungserbringer.

Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Absatz 2 und Absatz 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Absatz 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der Krankenkasse ab. Die Krankenkasse hält Informationen über das Zweitmeinungsverfahren bereit und übermittelt bei Bedarf die Zm-RL an die Versicherten.

3. Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Absatz 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff oder zu der angeratenen Therapieempfehlung medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die Therapieempfehlung durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen. Unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.
4. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse je Eingriff oder je Diagnose in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Betriebskrankenkasse abgerechnet.

§ 18 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse einen Zuschuss zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert.

Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25,00 EUR kalendertäglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 EUR gewährt.

§ 19 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

1. 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.
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.

§ 20 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. 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.

§ 21

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.

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

§ 22 Wahltarif Selbstbehalt BudgetPlus

1. Mitglieder der Betriebskrankenkasse können ab Beginn der Mitgliedschaft dem Wahltarif Selbstbehalt BudgetPlus beitreten.

Am Selbstbehaltstarif BudgetPlus können alle Mitglieder teilnehmen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Solange Beiträge während der Teilnahme am Wahltarif vollständig von Dritten übernommen werden oder die Mitgliedschaft unterbrochen wird, ruht dieser Tarif.

Der Wahltarif muss durch das Mitglied schriftlich zum 1. eines Kalendermonats beantragt werden, jedoch nicht rückwirkend.

Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie.

Wenn der Tarif während des laufenden Kalenderjahres gewählt wird, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung anteilig mit einem Zwölftel pro Monat berechnet. Für jeden angefangenen Monat einer Ruhenszeit werden Prämie und Selbstbehalt anteilig mit einem Zwölftel pro Monat reduziert.

Mit der Teilnahme am Wahltarif beginnt die gesetzliche Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

Die gleichzeitige Teilnahme an dem anderen Wahltarif nach § 22a (Wahltarif Selbstbehalt PrämiePlus) ist nicht möglich.

2. Der Wahltarif umfasst einen Verzicht auf Leistungen bei Inanspruchnahme einer stationären Vorsorgeleistung nach § 23 Absatz 4 SGB V sowie stationärer Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V und Fahrtkosten nach § 60 SGB V zur stationären Vorsorgemaßnahme nach § 23 Absatz 4 SGB V und stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V in Höhe von 180 €.

Soweit die o. g. Leistungen in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Die Prämie ist ganz oder teilweise für eine vom Mitglied abzuschließende und direkt zu zahlende private Krankenzusatzversicherung zu verwenden. Anbieter und Risikoträger ist das vom Mitglied freiwillig gewählte private Krankenversicherungsunternehmen. Dabei kann es sich auch um den Kooperationspartner der Betriebskrankenkasse handeln.

Die Prämie beträgt jährlich 120 €, der jährliche Selbstbehalt 180 €. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Voraus an das Mitglied erstmalig innerhalb eines Monats nach Vertragsbeitritt und in den Folgejahren nach Ablauf des Kalenderjahres.

Das Mitglied muss der Betriebskrankenkasse gegenüber den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung nachweisen. Diese muss mindestens acht der unten aufgeführten Zusatzleistungen enthalten:

- Sehhilfen
- Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit
- Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker
- Heilmittel (verordnet) inkl. Zuzahlungen
- Hilfsmittel (verordnet) inkl. Zuzahlungen

- Arznei- und Verbandsmittel (verordnet) inkl. Zuzahlungen
 - Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte
 - Schutzimpfungen
 - Zahnbehandlungen
 - Zahnersatz
 - Zahnprophylaxe
 - KFO nach Unfällen
3. Der Wahltarif kann erstmals drei Monate vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, wird der Wahltarif fortgeführt. Die Kündigung ist danach jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres zum Jahresende möglich.
Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, besteht ein Sonderkündigungsrecht bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der neuen Tarifbestimmungen folgenden Monats. Die Kündigung des Wahltarifes wird wirksam mit der Geltung der neuen Tarifbedingungen.
4. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.
5. Die Betriebskrankenkasse ist verpflichtet, den Wahltarif gegenüber allen Wahltarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Wahltarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Abwicklung des Wahltarifs sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehaltstarifs finanzieren lassen (§ 53 Absatz 9 SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot).
Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der Betriebskrankenkasse die Schließung des Wahltarifs anordnet oder die Genehmigung des Wahltarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt.

§ 22a Wahltarif Selbstbehalt PrämiePlus

Teilnahme an dem Wahltarif und Anrechnung von Leistungen

1. Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).
Am Selbstbehaltstarif können alle Mitglieder teilnehmen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Solange Mitgliedsbeiträge während der Teilnahme am Wahltarif vollständig von Dritten übernommen werden oder die Mitgliedschaft unterbrochen wird, ruht dieser Tarif.
Der Tarif kann immer zum 1. eines Monats begonnen werden, jedoch nicht rückwirkend.
Wenn der Tarif während des laufenden Kalenderjahres gewählt wird, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung anteilig mit einem Zwölftel pro Monat berechnet.
Für jeden angefangenen Monat einer Ruhezeit werden Prämie und Selbstbehalt anteilig mit einem Zwölftel pro Monat reduziert.

2. Nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden
 - die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - ambulante vertragsärztliche bzw. –zahnärztliche Behandlungen, die nicht als Einzelleistungen gesondert (extrabudgetär) vergütet werden oder die keine Verordnung zur Folge haben und
 - zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
3. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz 2 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.
4. In Abhängigkeit des Einkommens betragen die jährliche Prämie und der jährliche Selbstbehalt:

Tarifstufe	Jahreseinkommen	Prämie	Selbstbehalt
1	Bis 15.000 €	150 €	160 €
2	Ab 15.000 €	200 €	240 €
3	Ab 30.000 €	300 €	360 €
4	Ab 40.000 €	400 €	500 €

Die individuelle Prämie des Mitglieds beträgt darüber hinaus höchstens 20 % der vom Mitglied in einem Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Beiträge, mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB V sowie § 257 Satz 1 SGB V. Es werden nur die während der Laufzeit des Tarifs gezahlten Beiträge berücksichtigt. Ruhenszeiten werden nicht berücksichtigt.

Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Voraus. Erstmalig innerhalb eines Monats nach Vertragsbeitritt und in den Folgejahren nach Ablauf des Kalenderjahres. 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.

5. 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 1 und die Prämienzahlung nach Absatz 4 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 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz 1 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 Absatz 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.

Bindung an den Wahltarif

6. 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 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

Kündigung und Beendigung des Wahltarifs durch die Betriebskrankenkasse

7. Die Betriebskrankenkasse kann nach Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist den Wahltarif zum Ende des Kalenderjahres kündigen, wenn das Mitglied die Selbstbehalte nicht entrichtet.

Die Betriebskrankenkasse ist verpflichtet, den Wahltarif gegenüber allen Wahltarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Wahltarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Abwicklung des Wahltarifs sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehaltstarifs finanzieren lassen (§ 53 IX SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot). Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der Betriebskrankenkasse die Schließung des Wahltarifs anordnet oder die Genehmigung des Wahltarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt.

§ 23

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

1) Bonusmodell 1

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Absatz 1 SGB V, sobald sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, eine der Maßnahmen nach Nummer 1 bis 7 innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

1. Versicherte haben im Rahmen ihrer Anspruchsberechtigung an einer Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V i.V.m der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie des GBA teilgenommen.
2. Versicherte haben im Rahmen ihrer Anspruchsberechtigung an einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen gem. § 25 Absatz 2 SGB V oder an einem organisierten Früherkennungsprogramm gem. § 25a Absatz 1 SGB V i.V.m. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des GBA teilgenommen.
3. Versicherte haben die für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vorgesehenen Ge-

sundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Absatz 1 SGB V vollständig in Anspruch genommen.

4. Versicherte haben die in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge nach § 24d SGB V vollständig durchführen lassen.
5. Versicherte haben eine ihnen ärztlich empfohlene Schutzimpfung gemäß § 20i SGB V vollständig vornehmen lassen. Der Bonus für Leistungen zur Verhütung von übertragbaren Krankheiten erfolgt nur einmal nach vollständiger Immunisierung. Kombinationsimpfungen gelten als eine Maßnahme.
6. Versicherte haben die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen nach §§ 22 Absatz 1, 26 Absatz 1, § 28 Absatz 2 SGB V i.V.m. § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V durchführen lassen.
7. Versicherte haben einmal kalenderjährlich eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.

Jede durchgeführte Maßnahme wird mit jeweils 10,00 Euro bonifiziert.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Vertragsarzt oder von nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztinnen und Ärzten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung bestätigt.

2) Bonusmodell 2

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben einen Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Absatz 1a SGB V, wenn sie regelmäßig folgende Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen:

1. Regelmäßige Teilnahme am Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit, nachgewiesen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung.
2. Regelmäßige Teilnahme am Hochschulsport, nachgewiesen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung.
3. Regelmäßige Teilnahme an sportlichen Aktivitäten in einem Sportverein, durchschnittlich einmal wöchentlich, nachgewiesen durch Vorlage einer Mitgliedschaftsbescheinigung des Sportvereins.
4. Regelmäßige Teilnahme an sportlichen Aktivitäten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, durchschnittlich einmal wöchentlich, nachgewiesen durch Vorlage einer Mitgliedschaftsbescheinigung des Fitnessstudios.
5. Gemeinschaftssport unter qualifizierter Leitung eines zertifizierten Übungsleiters, sofern eine Vorbereitung hierfür erfolgt (z. B. organisierte Volksläufe, Radtouren oder Wanderungen, qualifizierte Lauffreize, Schwimmbadbesuche), nachgewiesen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder Urkunde.

Regelmäßig ist eine Maßnahme dann, wenn sie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten durchgeführt wurde.

Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

Der Bonus beträgt für Versicherte einmalig 30,00 EUR.

Der Bonus für das Bonusmodell 2 erhöht sich, wenn eine der folgenden Maßnahmen zusätzlich zu den Maßnahmen 1. bis 4. in demselben Kalenderjahr durchgeführt wird:

- a. Versicherte erwerben ein deutsches Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes.
- b. Versicherte erwerben ein Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG.
- c. Versicherte erwerben ein Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer.
- d. Versicherte erwerben ein Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbandes.

Der Bonus für eine zusätzliche Maßnahme beträgt für Versicherte 20,00 EUR, maximal 40,00 EUR im Kalenderjahr.

3) **Bonusmodell 3**

- a. Weibliche Versicherte erhalten als Bonus eine Geldleistung in Höhe von 100,00 €, wenn sie alle im Rahmen einer Schwangerschaft gemäß den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Maßnahmen in Anspruch genommen haben.
- b. Für die nachgewiesene Teilnahme an den nach § 26 SGB V genannten Untersuchungen (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder) im ersten Lebensjahr erhalten Versicherte als Geldleistung einen Bonus in Höhe von 10,00 € je nachgewiesener Untersuchung.
- c. Für im ersten Lebensjahr nachgewiesene einmalige Impfungen (bei mehrstufigen Impfungen wird Vollständigkeit gefordert) gemäß den Empfehlungen der STIKO für das Inland sowie der STIKO Empfehlung für Kinder und Jugendliche, erhalten Versicherte je Impfung einen Bonus in Höhe von je 10,00 €.

Die Teilnahmeerklärung und Bonusblatt des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes / der Kinder ist bis zum Ende des Kalenderjahres vorzulegen, in dem das Kind das zweite Lebensjahr vollendet. Alternativ reichen die Vorlage/Kopien vom Mutterpass, Kinderuntersuchungsheft und Impfbuch aus.

- 4) Die Bonusmodelle 1 und 2 der Betriebskrankenkasse laufen kalenderjährlich vom 01.01. bis zum 31.12. des Jahres.
- 5) Ein Anspruch auf den jährlichen Zuschuss im Rahmen der Bonusmodelle 1 und 2 besteht nur, wenn die Leistung spätestens bis zum 31.03. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem der Antrag bei der Betriebskrankenkasse eingeht. Eine Übertragung des Bonus in das Folgejahr ist nicht möglich.

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

- 6) Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden nicht erstattet.

§ 24

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 (§ 167 II 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.

§ 25

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
 1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkungvollständig teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 24 ab.
- 2) Der Bonus wird den Versicherten in Höhe von 10,00 EUR zum 1. April eines Jahres ausbezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.
- 3) Soweit Versicherte einen Bonus gemäß § 25 erhalten, ist eine Bonifizierung nach § 23 ausgeschlossen.

§ 26

Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 27 Wahltarife Krankengeld

1. Die Betriebskrankenkasse bietet
 - hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V)einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Absatz 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.
2. Der Tarif wird gemäß § 53 Absatz 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
3. Die Teilnahme bestimmt sich nach Anlage zu § 27, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 28 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 29 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 30 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.energie-bkk.de.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht. 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 (alt) und der Betriebskrankenkasse RWE haben diese Satzung in ihren Sitzungen am 10.12.2021 beschlossen.
2. Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

Hannover, 10. Dezember 2021

Celle, 10. Dezember 2021

Sigrid Nagl

Leonhard Zubrowski

Alternierende Vorsitzende des
Verwaltungsrates der energie-BKK (alt)

Alternierender Vorsitzender des Verwal-
tungsrates der BKK RWE

Anlage zu § 27 der Satzung Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 44 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 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 Absatz 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 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 So-

- zialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Ver-
letztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufs-
krankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Absatz 6 SGB V definierten Beschäftigung
/ Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitsein-
kommen 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 Soziallei-
stungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie
Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozial-
hilfe) bezogen werden
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Absatz 1 Nr. 1
und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53
Absatz 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 Be-
träge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Ziffer 13 dieses Tarifs besteht
und eingehalten wird, findet Ziffer 21 keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Absätze 1-3 und 4, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entspre-
chend 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 Absatz 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. En-
det, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sons-
tigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an
dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der An-
spruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugs-
dauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Absatz 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 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 44 Absatz 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 Absatz 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.

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern, die keinen anderweitigen Ersatz ihrer Auslagen erhalten, folgende Entschädigungen gezahlt:

Ersatz von baren Auslagen bei Inlandsdienstreisen Fahrkosten

Es werden erstattet:

- a) Bei Benutzung
 - der Bahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten,
 - eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
 - eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.
- b) Zubringerkosten
- c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise sowie den gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Übernachtungsgeld/-kosten

- a) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.
- b) Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 vom Hundert, für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 vom Hundert des vollen Tagegeldes gekürzt.

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates wird den Mitgliedern ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gezahlt:

Pauschbetrag für Zeitaufwand

Für die Teilnahme an Sitzungen, einschließlich der Gruppenvorbesprechungen und Ausschusssitzungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 60 Euro gezahlt.

Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt. Dies gilt auch dann, wenn Sitzungen sowohl der Kranken- als auch der Pflegekasse stattfinden.

Anlage zu § 17 der Satzung: Ärztliche Zweitmeinung

Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei folgenden Indikationen (ICD10-Gliederung):

A00-B99	- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00-D48	- Neubildungen
D50-D90	- Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E00-E90	- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00-F99	- Psychische und Verhaltensstörungen
G00-G99	- Krankheiten des Nervensystems
H00-H59	- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60-H95	- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00-I99	- Krankheiten des Kreislaufsystems
J00-J99	- Krankheiten des Atmungssystems
K00-K93	- Krankheiten des Verdauungssystems
L00-L99	- Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00-M99	- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
N00-N99	- Krankheiten des Urogenitalsystems
O00-O99	- Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00-P96	- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00-Q99	- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
S00-T98	- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.