

SATZUNG

BKK Public

vom 01.05.2004

(Stand: 01.11.2026 einschließlich 74. Nachtrag)

Satzung
BKK Public

Inhalt der Satzung

§	1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
§	2	Verwaltungsrat
§	3	Vorstand
§	4	Widerspruchsausschuss
§	5	Kreis der versicherten Personen
§	6	Beginn und Ende der Mitgliedschaft
§	7	Aufbringung der Mittel
§	8	Bemessung der Beiträge
§	8a	Wahltarif Prämienzahlung
§	9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§	10	Fälligkeit der Beiträge
§	10a	Erhebung von Beitragsvorschüssen
§	11	Höhe der Rücklage
§	12	Leistungen
§	12a	Wahltarif Selbstbehalt
§	12b	Primärprävention
§	12c	Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe
§	12d	Leistungsausschluss
§	12e	Zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung
§	12f	Nicht zugelassene Leistungserbringer
§	12g	- nicht besetzt -
§	12h	Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung
§	13	Medizinische Vorsorgeleistungen
§	13a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
§	13b	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
§	13c	Wahltarif besondere Versorgung
§	14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
§	14a	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§	15	Wahltarife Krankengeld
§	16	Kooperation mit der PKV
§	16a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
§	17	Aufsicht
§	18	Mitgliedschaft zum Landesverband
§	19	Bekanntmachungen

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung
Anlage zu § 14 der Satzung: BKK AktivPlus Teilnahmebedingungen
Anlage zu § 15 der Satzung: Wahltarife Krankengeld

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Sie ist errichtet worden am 1. Juni 1997 durch Vereinigung der PREUSSAG BKK *Publik* (vormals Betriebskrankenkasse HAW Harzer Apparatewerke, Bockenem, gegründet am 01.05.1914) und der Betriebskrankenkasse Brauerei Feldschlößchen, Braunschweig (gegründet am 30.11.1884).

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Salzgitter.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der

- HAW Linings GmbH, Bockenem (vormals KCH Group GmbH, vormals SGL ACOTEC GmbH, vormals HAW Harzer Apparatewerke)

- Brauerei Braunschweig, Zweigniederlassung der Oettinger Brauerei GmbH, Braunschweig (vormals Carlsberg Deutschland GmbH, Hamburg, Braunschweig, vormals Holsten Brauerei AG, Hamburg; als Rechtsnachfolgerin der Brauerei Feldschlößchen AG, Braunschweig).

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die Länder Niedersachsen und Hamburg sowie auf die Region Rheinland (Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf).

§ 2 Verwaltungsrat

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

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

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

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, jeweils zum 1. Oktober des Jahres.

II 1. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 5 Versichertenvertreter und 5 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

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

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

III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

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

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

Va Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

X 1. Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden. Die Mitglieder können mit ihrer Zustimmung an der hybriden Sitzung teilnehmen. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen sowie bei Aufgaben nach § 2 Abs. III Ziffern 4, 5, 9 und 10.

2. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates digital als Videokonferenz stattfinden. Die oder der Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt im Einvernehmen mit der oder dem alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates den Ausnahmefall oder die Eilbedürftigkeit nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung nach Satz 1 findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

3. Die Art der Abstimmung (z. B. Handerheben, Zuruf, Aufstehen oder über ein ortsunabhängiges digitales System) bestimmt der Leiter der Sitzung. Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung nach Ziffern 1 und 2 teilnehmen, gelten als anwesend.

4. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich; sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied des Selbstverwaltungsorgans gefassten Beschlusses. § 64 Abs. 1 SGB IV bleibt unberührt.

5. Bei öffentlichen digitalen Sitzungen ist die Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. In diesen Fällen ist die Übertragung von Bild und Ton der an der Sitzung teilnehmenden Personen unabhängig davon zulässig, ob sie in die Übertragung einwilligen. Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild – und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

§ 3 Vorstand

I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Salzgitter.

II 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

II Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches können, wenn Sie die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V erfüllen, der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

IV Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder

3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer Betriebskrankenkasse/ einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

V Familienversicherte

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

§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

I Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften und die folgende Bestimmung der Satzung.

II Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V zum Ablauf des Vortages möglich, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung

I Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II Für die Zahlung der Prämie unschädlich ist die Inanspruchnahme:
- der im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
- zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und
- der Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages.

IV Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt.

V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.

VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 SGB V, 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. Die Teilnahme am Wahltarif Prämienzahlung endet jedoch spätestens 3 Jahre nach ihrem Beginn. Hier bedarf es keiner Kündigung durch das Mitglied.

Unabhängig davon endet die Teilnahme automatisch mit dem Tag, der dem Eintritt der folgenden Sachverhalte vorausgeht:

- Beitragsfreiheit wegen des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld (§ 224 Abs. 1 SGB V)
- Beiträge werden vollständig von Dritten getragen
- Gesetzlich ruhender oder ausgeschlossener Leistungsanspruch
- Rückständiger Beitrag

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,5 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Ar-

beitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

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

III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen

a) Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
- bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
- die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungs-verfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
- die keine Beitragsnachweise einreichen.

b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für 3 Monate gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung

- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung von Krankheiten

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft

- zur Empfängnisverhütung

- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

II Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,

   – wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt; eine einmalige ärztlich begründete Verlängerung um weitere 2 Wochen ist möglich.

   – wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt; eine einmalige ärztlich begründete Verlängerung um weitere 2 Wochen ist möglich.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Betriebskrankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den 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 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

III Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

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

IV Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebs-krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

   Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

   Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. - nicht besetzt -

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

   Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.
   Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

   Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v. H., maximal 50,00 Euro, 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.

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

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

   a. als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

   b. das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.

3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

4. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis um 8,3 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

VI Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Kosten werden in Höhe von 85 v. H. des erstattungsfähigen Betrages bis zu einer maximalen Höhe von insgesamt 400,00 Euro je Kalenderjahr übernommen. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen bis 31.03. des Folgejahres vorzulegen. Art und Umfang einer einzelnen Leistung ergeben sich aus folgenden Regelungen.

1. Zahnärztliche Behandlung

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

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

2. Professionelle Zahnreinigung

Die Betriebskrankenkasse übernimmt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zweimal je Kalenderjahr die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung (erstattungsfähiger Höchstbetrag 120,00 Euro je Zahnreinigung).

3. Osteopathie

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

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

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

Zur Erstattung ist neben Rechnungen die ärztliche Verordnung vorzulegen.

4. Hautkrebsvorsorge

Die Betriebskrankenkasse übernimmt für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres ergänzend zum gesetzlichen Anspruch einmalig je Kalenderjahr die Kosten für eine Hautkrebsuntersuchung, wenn eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen, und die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nicht in dem Jahr, in dem die Vorsorgeleistung bereits im Rahmen der Regelleistung finanziert wird.

5. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

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

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

Zur Erstattung ist neben Rechnungen die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

6. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-

Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

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

7. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufpauschale

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

Die Pauschale beinhaltet täglich:

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

8. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Geburtsvorbereitungskurs für Väter

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

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

9. Gesundheitsuntersuchung

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

Erkrankung hinweisen. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nicht in dem Jahr, in dem die Vorsorgeleistung bereits im Rahmen der Regelleistung finanziert wird.

VII Zusätzliche Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen

1. Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen bei Schwangerschaft, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung des Kindes entgegenzuwirken, Risiken frühzeitig zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden.

   Für folgende medizinisch notwendige Leistungen wird ein Zuschuss gewährt:

   a. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren.

   b. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.

   c. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

   d. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

   e. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

   Voraussetzung ist, dass die medizinisch notwendigen Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.

   Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt für schwangere Versicherte nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit dem Wirkstoff Folsäure.

   Erstattet werden die für den Zeitraum der Schwangerschaft erforderlichen Arzneimittel.

   Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen

sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit dem in Satz 1 genannten Wirkstoff ist nicht möglich.

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

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

Zur Erstattung ist der Betriebskrankenkasse die jeweilige Rechnung vorzulegen. Der Zuschuss für die unter 1. und 2. dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 200,00 Euro pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

VIII Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Diese umfassen Leistungen zur Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz und insbesondere als Beitrag zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die in Satz 1 und 2 genannten Leistungen entsprechen den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ab 25.11.2020“ in der jeweils gültigen Fassung.

2. Soweit die Betriebskrankenkasse Leistungen zur Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz selber erbringt oder durch Dritte in ihrem Auftrag erbringen lässt, wird für diese keine Kostenbeteiligung der Versicherten erhoben. Für Leistungen von Fremdanbietern wird,

   - sofern sie den in § 20k Absatz 2 SGB V aufgeführten Qualitätskriterien genügen,
   - bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an 100 % der Kurseinheiten

ein Finanzierungszuschuss von maximal 40,00 Euro je Maßnahme gewährt, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten. Die Förderung ist auf maximal einen Kurs pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

I Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können einen Teil der Kosten übernehmen, die von der Betriebskrankenkasse für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt für die unter Absatz IV genannten Leistungen. Im Gegenzug erhält das Mitglied eine Prämienzahlung.

II Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum nächsten Monatsersten. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse kann erst zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden. Die dreijährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied nur bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

III Das Mitglied wählt für sich einen Selbstbehalt von 200,00 Euro pro Kalenderjahr. Dafür zahlt die Betriebskrankenkasse dem Mitglied eine kalenderjährliche Prämie in Höhe von 150,00 Euro pro Kalenderjahr.

IV Folgende Leistungen für das Mitglied werden dem kalenderjährlichen Selbstbehalt von 200,00 Euro unterstellt:

- Zuschuss zu den übrigen Kosten bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V; § 13 Satzung)
- Fahrkosten (§ 60 Absatz 3 Nr. 1,2 und 4 SGB V) ausgenommen für Transporte in Krankenwagen oder Rettungsfahrzeugen bei medizinischen Notfällen
- Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 2 SGB V, § 12 Abs. II Satzung), ausgenommen im Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist
- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

V Das Mitglied erhält die Prämie erstmalig mit Beginn der Teilnahme für die nächsten zwölf Monate im Voraus. Nach Ablauf dieses Zeitraums erhält das Mitglied die Prämie im Voraus für das zweite Jahr der Tarifteilnahme. Das gleiche Verfahren gilt auch für das dritte Jahr der Tarifteilnahme. Auf einen Prämienanspruch nach § 8a werden bis höchstens 75,00 Euro der zuletzt gezahlten Prämie nach Abs. III angerechnet.

VI Die Abrechnung der Leistungen erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres jeweils für das Vorjahr. Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt die Betriebskrankenkasse dem Mitglied die Kosten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, begrenzt auf den Selbstbehalt. Sofern das Mitglied nicht im gesamten Kalenderjahr am Tarif teilnimmt, erfolgt die Berechnung der Leistungen anteilig.

VII § 8a Abs. IV gilt entsprechend.

§ 12b Primärprävention

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

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

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. und bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in Höhe von 100 % der entstandenen Kosten, max. aber 155,00 Euro je Kalenderjahr gewährt.

§ 12c Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

I Die Betriebskrankenkasse gewährt auf Grundlage von § 20i Abs. 2 SGB V zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die aktuell von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut oder ärztlich empfohlen werden. Die Versicherten erhalten die Leistungen nach Satz 1 auch gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind.

Außerdem übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für medikamentöse Malariaprophylaxe, sofern nicht bereits aufgrund anderer Vorschriften eine Leistungspflicht besteht.

II Die Betriebskrankenkasse gewährt die Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. Den Versicherten entsteht für die Arzneimittel eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 31 Abs. 3 SGB V. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Betriebskrankenkasse keine Leistungen.

§ 12d Leistungsausschluss

I Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

II Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen 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 der Krankenversicherung einschalten.

§ 12e Zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung

I Versicherte können auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (ZM-RL) hinaus eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit planbarer operativer Eingriffe einholen. Ausgeschlossen von dieser Regelung sind bereits die durch die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/ZM-RL abgedeckten Indikationen.

II Voraussetzung für diese Leistung ist, dass dem Versicherten eine Krankenhauseinweisung zur Durchführung eines operativen Eingriffs, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten operativen Eingriffs vorliegt und der Eingriff noch nicht erfolgt ist.

III Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung wird durch Leistungserbringer, mit denen die BKK darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt.

IV Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung des geplanten operativen Eingriffs durch entsprechend qualifizierte Fachärzte. Hierzu erhält der Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

V Die hinzugezogenen Fachärzte müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen und folgende Qualitätsanforderungen erfüllen:

- Der Zweitmeiner übt eine mindestens 5-jährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet aus, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist.

- Der Zweitmeiner verfügt über Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich der Kenntnisse über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.
- Der Zweitmeiner hat Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs.
- Der Zweitmeiner übt eine regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet aus oder er verfügt über besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Die Unabhängigkeit des Zweitmeiners muss sichergestellt sein. Die Zweitmeinung darf nicht von einem Leistungserbringer erbracht werden, durch den der geplante Eingriff durchgeführt werden soll.

VI Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz III verpflichtet die BKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutzgrundverordnung (kurz: DSGVO), nach dem Bundesdatenschutzgesetz (kurz: BDSG) sowie dem Sozialgesetzbuch X (kurz: SGB X). Erfolgt eine Verarbeitung im Auftrag des Verantwortlichen, so arbeitet dieser nur mit Auftragsverarbeitern, die hinreichend Garantien dafür bieten, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit den Anforderungen der DSGVO erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Person gewährleistet (vgl. derzeit Art. 28 DSGVO). Besondere Beachtung findet in diesem Zusammenhang auch der § 203 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen; Arztgeheimnis). Wobei sich diese Verpflichtung aus dem Strafgesetzbuch insbesondere auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

VII Die BKK übernimmt die Kosten indikationsbezogen maximal einmal im Kalenderjahr.

Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Regelung werden mit den Vertragspartnern gem. dieser Vereinbarungen nach Absatz III direkt abgerechnet und in voller Höhe übernommen. Bei selbst-beschaffter Leistung durch einen Leistungserbringer, der die Qualitätsanforderungen nach Absatz V erfüllt, übernimmt die BKK die Kosten in Höhe von maximal 350,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

§ 12f Nicht zugelassene Leistungserbringer

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

   Voraussetzungen dafür sind:

   a) die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem zugelassenen Vertragsarzt/ einer zugelassenen Vertragsärztin oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer bescheinigt,

b) das Krankenhaus gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,

c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,

d) ein Behandlungs- oder Aufnahmevertrag des Leistungserbringers wird der Betriebskrankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,

e) die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

2. Die Kosten nach Ziffer 1 werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen und nach Abschluss der Krankenhausbehandlung ermittelt und erstattet.

3. Mit der Zustimmung nach Ziffer 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Betriebskrankenkasse, die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils sowie Art und den Umfang der vorzulegenden Rechnungsbelege.

§ 12g - nicht besetzt -

§ 12h Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Die Betriebskrankenkasse erstattet im Einzelfall die Kosten in Höhe von max. 80,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1

- Strukturierte Behandlungsprogramme für Asthma bronchiale und COPD

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Osteoporose

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Arthritis

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 einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

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

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

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen.

II Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder regelmäßig

Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.

III Der Bonus wird als Geldbonus gewährt. Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten regeln die Teilnahmebedingungen, die als Anlage zu § 14 Bestandteil dieser Satzung sind.

§ 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I Von der BKK ausgewählte Arbeitgeber und die teilnehmenden Versicherten erhalten einen Bonus, wenn in ihrem Betrieb oder Betriebsteil Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Hierzu wird ein Bonusvertrag geschlossen, der die Höhe der Boni, die Kriterien für die Gewährung und den Nachweis regelt.

II Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtung des Arbeitgebers aus dem Arbeitsschutzgesetz sein. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

I Die Betriebskrankenkasse bietet

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

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

III Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 2 zur Satzung.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.

II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Public; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.

III Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in Hannover.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen im Internet unter www.bkk-public.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 wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten zum 30.November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite www.bkk-public.de und durch Einsichtnahme in den Räumen der Betriebskrankenkasse zugänglich gemacht.

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK Public und seiner Ausschüsse

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

I. Tagegeld

1. Tagegeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.

2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H. für das Mittag- und das Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.

3. Abweichend von der Regelung des I.2. können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

II. Übernachtungsgeld

1. Übernachtungsgeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.

2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

3. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

III. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n berufsmäßige/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe der Abschnitte I. und II. gezahlt.

IV. Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld

Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z. Z. 0,30 Euro/km)

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte.

Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

3. Bahnkarten

a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse

b) Aufpreise und Zuschläge für Züge

c) Reservierungsentgelte

d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.

4. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten

a) öffentlicher Nahverkehr

b) Zubringer zum Flugplatz

c) Taxi

d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung

e) Post- und Telekommunikationskosten

f) Parkplatz- und Garagenkosten

g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

V. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

Hinweis: Zahlungen an die Betreuungsperson sind grundsätzlich steuerpflichtig.

VI. Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied der Selbstverwaltungsorgane unabhängig von der Sitzungsdauer höchstens 90,00 Euro je Sitzungstag erstattet. Digitale oder hybride

Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.

2. Der/die Vorsitzende und der/die alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90,00 Euro.

3. Anderen Organmitgliedern kann ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

   Hinweis: Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

Anlage zu § 14 der Satzung

BKK AktivPlus Teilnahmebedingungen
Stand: 01.01.2026

Mit dem Bonusprogramm BKK AktivPlus möchte die BKK Public (im folgenden BKK genannt) einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten gemäß § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V leisten.

I Teilnahmeberechtigter Personenkreis

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

II Erklärung, Beginn und Dauer der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm ist vom Versicherten zu erklären. Die Teilnahme ist jederzeit möglich und endet für das laufende Kalenderjahr am 31.12. Danach schließt sich automatisch ab 01.01. des Folgejahres ein weiterer Bonuszeitraum von 12 Monaten an, es sei denn der Teilnehmer erklärt, dass die Teilnahme nicht über den Ablauf des Bonusjahres hinaus fortgesetzt werden soll. Das Bonusjahr ist das Kalenderjahr.

Wird der Bonusnachweis nicht innerhalb des Teilnahmezeitraumes mit einer Nachreichfrist von zwei Monaten zurückgesandt, muss erneut schriftlich die Teilnahme erklärt werden.

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

III Bonus

Die BKK gewährt folgende Bonusvarianten:

1.1 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 SGB V

Der Bonus beträgt je nachgewiesener Maßnahme nach Buchstabe a und b jeweils 10,00 Euro und je nachgewiesener Maßnahme nach Buchstabe c bis f jeweils 5,00 Euro.

a. Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V i. V. m. G-BA Richtlinien

b. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß §§ 25 Abs. 2 und 25a SGB V i. V. m. den Krebsfrüherkennungsrichtlinien des G-BA

c. Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V i. V. m. G- BA Richtlinien

d. Schutzimpfung nach § 20i SGB V i.V.m. § 12c Satzung
Eine Bonifizierung erfolgt erst mit dem Abschluss der Immunisierung. Kombinationsimpfungen gelten als eine bonifizierbare Maßnahme.

e. Zahnärztliche Untersuchung

f. Professionelle Zahnreinigung

1.2 Bonus für Schwangere und ihr Baby - Babybonus

Der Bonus beträgt 100,00 Euro für die Mutter, wenn die Mutter an allen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien teilgenommen hat.

Der Bonus beträgt 100,00 Euro für das bei der BKK versicherte Kind, wenn für das Baby die Gesundheitsuntersuchungen U1 und U2 einschließlich aller speziellen Früherkennungsuntersuchungen während der ersten 10 Lebenstage nachgewiesen wurden.

1.3 Bonus für gesundheits- und fitnessbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1a SGB V

Der Bonus beträgt nach Buchstabe g bis j jeweils 5,00 Euro. Die Maßnahme j) muss stets zusammen mit einer Maßnahme aus Buchstabe g) h) oder i) nachgewiesen werden. Je Buchstabe wird maximal eine nachgewiesene Maßnahme bonifiziert.

g. regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Präventionskursen gem. § 20 Abs. 5 SGB V

h. regelmäßige Teilnahme an Bewegungsangeboten im Verein oder im qualitätsgesicherten Fitness-Studio

i. regelmäßiger Sport: Unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgender Gemeinschaftssport sofern eine Vorbereitung erfolgt, nachzuweisen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder Urkunde (z.B. organisierte Volksläufe, Radtouren; Wanderungen; qualifizierte Lauftreffs). Der Nachweis muss sich auch auf die Teilnahme an der Vorbereitung beziehen. Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt

j. Ablegung eines DOSB-Sportabzeichens

IV Dokumentation und Nachweis

Die Teilnehmer weisen die Bonusaktivitäten durch eine Bestätigung des Leistungserbringers oder des durchführenden Anbieters bis spätestens Ende Februar des Folgejahres nach. Die Auszahlung wird im März des Folgejahres vorgenommen.

Außerhalb des Versicherungsverhältnisses bei der BKK durchgeführte Maßnahmen können nicht im Bonusprogramm der BKK angerechnet werden. Die Anzahl der durchgeführten und nachgewiesenen Maßnahmen bestimmt die Bonushöhe.

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

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

V Verfall des Bonusanspruchs

Bonusansprüche verfallen, wenn die Inanspruchnahme von Leistungen und Maßnahmen nicht bis spätestens Ende Februar des folgenden Kalenderjahres nachgewiesen wird.

Anlage zu § 15 der Satzung

Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

   b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskranken-kasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang

der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10,00	20,00	30,00	40,00	50,00
Prämie monatlich	10,00	20,00	30,00	40,00	50,00

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

	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10,00	20,00	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
Prämie monatlich	5,00	10,00	15,00	20,00	25,00	30,00	35,00	40,00	45,00

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

13. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarif-krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen– oder innerstaatlichen Rechts.

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

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

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeits-unfähigkeit,

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

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

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

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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeits-unfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse

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

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht

kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.

22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

    1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10,00 Euro - Schritten bis zu 50,00 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70 % des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10,00 Euro – Schritten bis zu 90,00 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei 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 des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit

der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

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