

Satzung der **DRÄGER & HANSE BKK**

- (einschließlich 1. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.2003)
- (einschließlich 2. Satzungsantrag, gültig ab 01.08.2003)
- (einschließlich 3. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.2004)
- (einschließlich 4. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.04 und § 12 ab 29.06.04)
- (einschließlich 5. Satzungsantrag, gültig ab 01.06.2004)
- (einschließlich 7. Satzungsantrag gültig ab Beginn der X. Legislaturperiode)
- (einschließlich 8. Satzungsantrag, gültig ab 27.12.2005)
- (einschließlich 9. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.2006)
- (einschließlich 10. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.2007)
- (einschließlich 11. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.2007)
- (einschließlich 12. Satzungsantrag, gültig ab 01.04.2007)
- (einschließlich 13. Satzungsantrag, gültig ab 01.07.2007)
- (einschließlich 14. Satzungsantrag, gültig ab 01.12.2007)
- (einschließlich 15. Satzungsantrag, gültig ab 01.07.2008)
- (einschließlich 16. Satzungsantrag, gültig ab 01.01.2009)
- (einschließlich 17. Satzungsantrag, gültig ab 03.08.2009)
- (einschließlich 18. Satzungsantrag, gültig ab 19.11.2009)

Übersicht zur Satzung

Artikel I

- § 1 Name, Sitz und Bereich der BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 5 a Wahlmöglichkeiten
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 7 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. § 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8 a Stundung von Beiträgen für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a
- § 9 Beitragssätze
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12 a Primärprävention
- § 12 b Schutzimpfungen
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 13 a Modellvorhaben
- § 13 b Bonusprogramm
- § 13 c Modellvorhaben Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14 Wahltarife
- § 14 a Wahltarif Teilnahme neue Versorgungsformen
- § 14 b Hausarztzentrierte Versorgung
- § 14 c Wahltarif integrierte Versorgung
- § 14 d Wahltarif Homöopathie
- § 14 e Wahltarif Krankengeld
- § 15 Kooperation mit der PKV
- § 16 Aufsicht
- § 17 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 18 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage zu § 13 b Teilnahmebedingungen Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Anlage zu § 13 c Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK

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

DRÄGER & HANSE BKK

Sie ist errichtet worden am 01. 01. 2003 und hat ihren Sitz in der Hansestadt Rostock.

Die Hauptverwaltung befindet sich in der Hansestadt Lübeck.

- II. Der Bereich der BKK erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland

und die nachfolgend aufgeführten Betriebe

- AGW – Autoverwertung Rostock GmbH; Rostock
- AKER MTW Werft GmbH; Wismar
- A & R-Neptun Boat Service GmbH, Rostock
- ASCON Metallbau GmbH, Rostock
- BQG „Neptun“ – Gesellschaft für Personalentwicklung und Innovationsförderung mbH; Rostock
- die Hauptniederlassung der Drägerwerk AG (einschließlich des ausgelagerten Betriebsteils in Lübeck-Travemünde) sowie die Niederlassungen in
 - Berlin
 - Bielefeld
 - Bremen
 - Dresden
 - Essen
 - Hamburg
 - Hannover
 - Karlsruhe
 - Kiel
 - Köln
 - Krefeld
 - Leipzig
 - München
 - Nürnberg
 - Saarbrücken

- Schwerin
- Stuttgart
- Wiesbaden

- Dräger Forum GmbH
- Dräger Synematic GmbH
- Dräger Interservice GmbH
- Dräger Medical AG & Co KGaA
- Dräger Safety AG & Co KGaA
- Dräger ProTech GmbH
- Dräger Aerospace GmbH
- Dr. Diestel Metallbau-Klimatechnik GmbH, Rostock
- Elbe Innenausbau GmbH & Co. KG, Boizenburg
- Geerds Metallbau Rostock GmbH, Hamburg
- HKJ Systemtechnik GmbH; Rostock
- KVAERNER WARNOW WERFT GmbH, Rostock
- Last-Taxi GmbH, Rostock
- MastBau GmbH, Rostock
- Nahverkehr Schwerin GmbH, Schwerin
- Neptun Haus GmbH; Bad Doberan
- Neptun Industrie GmbH, Rostock mit Außenstellen in Jena und Magdeburg
- Neptun Reparaturwerft GmbH, Rostock
- NEPTUN Stahlbau GmbH; Rostock
- Neptun Techno Product GmbH, Rostock mit Außenstelle in Bremerhaven
- Röhrich & Partner Ing.büro für Sanitär-, Klima- und Heizungstechnik GmbH, Sitz Hamburg
- Selck Metallbau-Klimatechnik GmbH, Rostock
- Stahl- und Rohrbau GmbH SUR, Buchholz
- SUR Elektroanlagenbau und Industriemontagen GmbH mit Sitz in Jesteburg
- SUR Elektrotechnik GmbH mit Sitz in Boizenburg
- SUR Marketing GmbH mit Sitz in Stockelsdorf
- Transport GmbH „Lewitz“, Schwerin
- U & V E-Technik GmbH, Börgerende
- Plath Kraftfahrzeug- und Maschinenservice GmbH, Rostock
- Warnow-Schrott GmbH, Rostock
- Weiße Flotte GmbH Schwerin

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
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, bei der DRÄGER & HANSE BKK versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

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

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder
6 Versichertenvertreter und
6 Vertreter der Arbeitgeber
an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme. Ist bei einer Abstimmung nicht dieselbe Anzahl Versicherten- und Arbeitgebervertreter anwesend, wird der Stimmanteil der Arbeitgebervertreter auf den der Versichertenvertreter festgesetzt. Die Verteilung der Stimmanteile der Arbeitgebervertreter wird durch Vereinbarung der Arbeitgebervertreter geregelt.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK 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 mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen.
6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK 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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- V a. 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, darunter mindestens ein Arbeitgebervertreter, anwesend und stimmberechtigt sind.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.
Für folgende Sachverhalte ist eine Zweidrittelmehrheit erforderlich:
a) Satzungsänderungen
b) Freiwillige Vereinigung mit anderen Kassen
- IX. Der Verwaltungsrat kann 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. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung, den Haushaltsplan und die Satzungsänderung ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- I. Der Vorstand der BKK besteht aus 1 Mitglied
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK 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 Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
Der Vorstand bestimmt in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr.
 6. die BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung prüfen zu lassen. Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.
 - V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Lübeck.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 1 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz in dem Widersprachausschuss wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widersprachausschusses beratend teil.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widersprachausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widersprachausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Abs. 2,3 und 5 Satz 1, 2. Halbsatz OwiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

Der Kreis der bei der BKK versicherten Personen umfasst:

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1 a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens die Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgeldgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur BKK können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Mitgliedschaft allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
- 4.. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
- 5.. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die BKK 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 BKK 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 BKK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind.

IV. 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 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Krankenkasse ab dem 01. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V hinzuweisen. .
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzung der Familienversicherung.
- IV. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz I Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Absatz I Satz 2 ist zu beachten.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 7 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. § 9 II Nr. 5, 8 II AAG

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

- I. Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen - §§ 223, 226, 228 bis 240 SGB V und § 23a SGB IV – der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.
- II. Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt.
- III. Für folgende Gruppen gelten die nachstehenden Sonderregelungen:

Die Bemessung der Beiträge erfolgt nach den durch den Spitzenverband Bund erlassenen „Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedsgruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils geltenden Fassung.

Die Grundsätze regeln das Nähere zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe des § 240 SGB V und für andere Mitglieder, für die § 240 SGB V für entsprechend anwendbar erklärt wird. Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, gelten die Grundsätze zur Beitragsbemessung ebenfalls.

§ 8 a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 genannten Zeitpunkten an, sind die zu zahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden
 2. unter den in § 76 Abs. 2 und 3 SGB IV genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Beitrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet.

- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses aber nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Beitragssätze

Der Beitrag wird in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt.

Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig zum 01. November 2008 mit Wirkung ab dem 01. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

I. Allgemeiner Beitragssatz

Der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt jeweils in der von der Bundesregierung auf Basis des § 241 SGB V und der hierzu erlassenen Rechtsverordnung erlassenen Höhe. Der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V ist der um 0,9 Beitragssatzpunkte erhöhte Beitragssatz nach Satz 1.

II. Ermäßigter Beitragssatz

Der paritätisch finanzierte ermäßigte Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt jeweils in der von der Bundesregierung auf Basis des § 243 SGB V und der hierzu erlassenen Rechtsverordnung erlassenen Höhe. Der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V ist der um 0,9 Beitragssatzpunkte erhöhte Beitragssatz nach Satz 1.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder 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 erforderlich werden; für einen Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II. Abweichend von § 254 Satz 1 SGB V gilt für die Zahlung der Beiträge der versicherungspflichtigen Studenten die durch den Spitzenverband Bund nach § 254 Satz 2 SGB V festgelegte Zahlungsweise in der jeweils aktuellen Fassung.
- III. Sonstige laufende Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

- IV. Für Versicherte, 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 Satz 1 und 2 SGB V).
- V. Die Arbeitgeber haben den Beitragsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bis zum Fälligkeitstag, bei Teilnahme am Kontenabbuchungsverfahren bis spätestens zwei Arbeitstage vor der Fälligkeit einzureichen.

§ 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen

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

- II. Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je zwei Monate gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zur Einzahlung 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 BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Zieles der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Unter Wegfall der in § 38 Abs. 1 Satz 2 SGB V geregelten Voraussetzungen, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, gewährt die Betriebskrankenkasse im Rahmen der übrigen Voraussetzungen auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt.
 - b) wenn eine Operation ambulant durchgeführt wurde für den Zeitraum der ärztlichen bescheinigten Notwendigkeit, längstens für 10 Tage.
 - c) wenn nach ärztlicher Feststellung durch die Haushaltshilfe eine Krankenhauspflege entbehrlich wird, für die Dauer der ansonst zu gewährenden Krankenhauspflege.

- d) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer Krankheit oder Entbindung allein nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 30 Tagen gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Hospiz-Betreuung

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

V. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Sie sind von der Betriebskrankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. 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 auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
4. 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.

5. Der Versicherte ist mindestens für ein Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf den ambulanten Bereich gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v.H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40 EUR für (vom Arbeitgeber nicht getragene) Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 Erstattungsverzichtes nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für (vom Arbeitgeber nicht getragene) Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung 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 anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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.

- ¹ Europäischer Wirtschaftsraum (EWR) = Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien.
- ² Mit dem Hinweis auf medizinische Leistungen soll zum Ausdruck gebracht werden, dass begleitende Leistungen wie Fahrkosten für binnengrenzenüberschreitende Reisen, Begleitpersonen, Krankenrücktransport u.Ä. nicht übernommen werden.
- ³ Neben dieser Regelung können auch die Rechte aus der Verordnung (EWG) 1408/71 bzw. 574/72 geltend gemacht werden.
- ⁴ D.h., dass alle Leistungsvoraussetzungen wie bei einer Leistungsgewährung in Deutschland vorliegen müssen, z.B. Einschaltung des MDK in bestimmten Leistungsfällen.

§ 12 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000“ in der Fassung vom 10. Februar 2006 Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

I. Bewegungsgewohnheiten

1. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität: (Gesundheitssportliches Bewegungstraining)
2. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme: Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken

II. Ernährung

1. Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung: Kurse zur ausgewogenen Ernährung
2. Maßnahmen zur Vermeidung und / oder Reduktion von Übergewicht: Gewichtsreduktions-Kurse, Kurse zur positiven Beeinflussung spezifischer Beschwerden und Risiken – z.B. bei Osteoporose, Allergien, Diabetes, Gicht, - nach den Richtlinien der DGE

III. Stressreduktion/Entspannung

Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten: Stressreduktions-Training, Autogenes Training nach Schulz, Progressive Muskelentspannung, Feldenkrais, Qi-Gong, Hatha Yoga, Thai-Chi

IV. Genuss- und Suchtmittelkonsum

Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauches: Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauches, Starke Kinder brauchen starke Eltern – Suchtprävention

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

Für Leistungen von Fremdanbietern, wird, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v.H. der entstandenen Kosten, max. aber 180,00 Euro je Maßnahme gewährt.

§ 12 b Schutzimpfungen

1. Die Kasse gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20 d SGB V besteht.
2. Die Kasse gewährt die Leistungen nach Nr. 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die Kasse die Kosten oder gewährt Zuschüsse. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Kasse keine Leistungen für Schutzimpfungen.
3. Die Kasse kann mit betriebsärztlichen Diensten abweichende Vereinbarungen für die Erstattung von Reiseimpfungen treffen.

§ 12 c Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser 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 SGB V begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund 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 Krankenkassen einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 Euro.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 21,00 EUR.
- II. Bei Gewährung von Vorsorgeleistungen werden die Kosten für ggf. begleitende Kinder (bei Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen) voll übernommen.

§ 13 a Modellvorhaben

Die BKK kann Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 (Strukturmodelle) und § 63 Abs. 2 SGB V (Leistungsmodelle) allein oder zusammen mit anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbänden durchführen oder die Durchführung des jeweiligen Vorhabens mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.

Ziel der Strukturmodelle ist die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Sie sollen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung dienen.

Ziel der Leistungsmodelle ist die Optimierung von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen unter Beachtung des § 63 Abs. 4 SGB V.

Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig, sofern die Vorhaben eine Teilnahme vorsehen. Die Voraussetzungen und Modalitäten der Teilnahme sowie des Ausscheidens von Versicherten werden im jeweiligen Modell geregelt.

§ 13 b Bonusprogramm

- I. Versicherte der BKK können an einem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme ist schriftlich zu bestätigen, sie endet bei schriftlicher Kündigung, Beendigung der Versicherung bzw. bei Beendigung des Bonusprogramms der BKK
- II. Versicherte, die an dem Bonusprogramm teilnehmen, können einen Bonus gemäß § 65 a Abs. 1 SGB V erhalten, wenn sie folgende Maßnahmen durchführen:
 1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention gemäß § 12 a der Satzung in Anspruch.
- III. Am Bonusprogramm teilnehmende Versicherte erhalten ein Bonus ab 6.000 Bonuspunkten. Die Bonuspunkte können ab dem Tag des Versandes des Bonusheftes durch die BKK, gerechnet während maximal 24 Monaten, gesammelt werden. Innerhalb dieses Zeitraumes können die gesammelten Bonuspunkte jederzeit eingelöst werden. Nach Ablauf dieser Zeit können die Bonuspunkte noch während maximal drei weiteren Monaten eingelöst werden. Mit Ablauf des 27. Monats verfällt der Anspruch.

Die Höhe des Bonus sowie die pro Maßnahme erreichbaren Bonuspunkte sind im Bonusprogramm zu regeln.

Der Bonus wird als Geldprämie oder Zuzahlungsermäßigung gewährt. Detaillierte Regelungen dazu finden sich im Bonusprogramm.
- IV. Die Teilnehmer gemäß Absatz I. weisen die Durchführung von Maßnahmen nach Absatz II. durch die Bestätigung des Leistungserbringers nach. Die Anforderungen, die an die Bestätigung gestellt werden, sind im Bonusprogramm geregelt.
- V. Teilnehmer gemäß Absatz I. erhalten den Bonus nach Einreichung der Bestätigung nach Absatz IV. Beantragt der Teilnehmer eine Zuzahlungsermäßigung, so hat er die geleisteten Zuzahlungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nachzuweisen. Die Höhe der Zuzahlungserstattung darf die tatsächlich geleistete Zuzahlung nicht übersteigen.
- VI. Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn Sie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) durchführen. Das Bonusprogramm wird bundesweit al-

len Arbeitgebern angeboten, bei denen mindestens 50 Mitarbeiter des Unternehmens oder mindestens 50 v.H. aller Mitarbeiter des Unternehmens bei der DRÄGER & HANSE BKK versichert sind.

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, den Mitgliedern der DRÄGER & HANSE BKK qualitätsgesicherte Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000“ in der jeweils gültigen Fassung, erweitert um anerkannte Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, z.B. Nichtraucherschutzregelung, anzubieten. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen des Arbeitgebers aus dem Arbeitsschutzgesetz sein. Die Durchführung der Maßnahmen und die Teilnahme an diesen Angeboten ist der DRÄGER & HANSE BKK nachzuweisen.

Zur Ermittlung der Bonushöhe werden die von den teilnehmenden Versicherten der DRÄGER & HANSE BKK im Kalenderjahr vor dem Programmstart verursachten Ausgaben nach SGB V in folgenden Bereichen ermittelt (Leistungskosten des Ausgangsjahres):

- Arzneimittel
- Heil- und Hilfsmittel
- Krankenhausbehandlung
- Krankengeld
- Ärztliche Behandlung

Für das Programmjahr (mindestens 12 Kalendermonate) werden im Nachhinein die von den teilnehmenden Versicherten der DRÄGER & HANSE BKK im Programmjahr verursachten Ausgaben nach SGB V in den vorgenannten Bereichen ermittelt (Leistungskosten des Projektjahres).

Die Leistungskosten des Ausgangsjahres werden den Leistungskosten des Projektjahres zuzüglich der Projektkosten der DRÄGER & HANSE BKK für das Projektjahr gegenübergestellt. Die sich aus der Differenz ergebenden Kostensenkungen werden zu 80 v. H. an den jeweiligen Arbeitgeber erstattet. Die Hälfte dieses Betrages muss der Arbeitgeber zweckgebunden in die BGF investieren. Dies weist der Arbeitgeber in der im Bonusvertrag vereinbarten Form nach.

Die Höhe der Erstattung an Arbeitgeber ist begrenzt auf die Summe der durch den Arbeitgeber investierten Beträge in die Betriebliche Gesundheitsförderung, vermindert um den für betriebliche Gesundheitsförderung realisierbaren Steuervorteil des Arbeitgebers. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen und die Aufwendungen des Arbeitgebers für die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung überschreiten. Detailregelungen werden in dem zwischen der DRÄGER & HANSE BKK und dem Arbeitgeber zu schließenden Bonusvertrag geregelt.

- VII. Die Auswirkungen des Versichertenbonus auf Einsparungen und Effizienzsteigerungen werden durch geeignete Maßnahmen in regelmäßigen Abständen überprüft.
- VIII. Weitere Einzelheiten zur Bonusgewährung ergeben sich aus den Teilnahmebedingungen der Bonusprogramme bzw. Bonusverträge in der jeweils geltenden Fassung.

§ 13 c Modellvorhaben Strukturierte Behandlungsprogramme

Die BKK führt bundesweit folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- strukturiertes Behandlungsprogramm für koronare Herzkrankheiten
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale
- strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird. Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmzulassung und enden am 10. Juni 2011.

§ 14 Wahltarife

1. Die DRÄGER & HANSE BKK bietet Wahltarife nach Maßgabe des § 53 SGB V an. Damit schafft sie für ihre Versicherten die Möglichkeit, nach individuellen Bedürfnissen innovative Tarifangebote wählen zu können. Darüber hinaus wird durch das Angebot von Wahltarifen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert. Die Teilnahme an den einzelnen Wahltarifen ist freiwillig und unterliegt den verschiedenen Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung der Satzungsregelung.
2. Die Versicherten können einen oder mehrere Tarife aus dem Angebot der BKK wählen. Soweit in diesem Zusammenhang Prämien an die Versicherten ausbezahlt werden, unterliegt die Höhe der Auszahlung aus diesen Tarifen den Regelungen des § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V.
3. Mindestbindungsfristen werden in den jeweiligen Teilnahmebedingungen oder in den nachfolgenden Satzungsbestimmungen geregelt. In besonderen Härtefällen steht den Versicherten gemäß § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V ein Sonderkündigungsrecht für die gewählten Wahltarife zu.

§ 14 a Wahltarif Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen

„1. Die DRÄGER & HANSE BKK führt im Rahmen von § 137 f 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 bronchiale
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassene Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage zu § 14 a aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

2. Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V (DMP) teilnehmen, wird ein besonderer Tarif, der Zuzahlungsermäßigung beinhaltet, angeboten. Die Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V (DMP) gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. Versicherten, die an einem entsprechenden Wahltarif für

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 bronchiale
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

teilnehmen, ermäßigt die DRÄGER & HANSE BKK im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V, die für die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungserbringer (außer Zahnarzt) anfallen würden (Praxisgebühr) in voller Höhe. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 14 b Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der in Abs. 1 genann-

ten Leistungserbringer gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlung. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag des Eingangs der Einschreibungserklärung bei der BKK.

- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK schriftlich zu erklären.
- IV. Inhalt und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die BKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Die BKK stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis und auf Wunsch ebenfalls das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

§ 14 c Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140 a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die im Rahmen des Wahltarifs angebotenen Versorgungsformen der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- III. Die BKK regelt in dem o. a. Verzeichnis auch die Höhe der Prämie, die der Versicherte, der an der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen möchte, monatlich für die Dauer der Teilnahme erhält.

„§ 14 d: Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (HomöopathiePlus)

1.

Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) wählen. Sie können auf Wunsch einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren in den Tarif des Mitgliedes einbeziehen oder für diese einen eigenständigen Tarif wählen. Für jeden eigenständigen Tarifnehmer kann zwischen den verschiedenen Tarifklassen gem. Absatz 3 gewählt werden. Die Wahl des Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung.

2.

Die Teilnahme an dem Tarif beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der DRÄGER&HANSE BKK folgt. Das Mitglied und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der DRÄGER&HANSE BKK kann gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden. Ein Wechsel zwischen den Tarifklassen gem. Abs. 3 kann ohne Einfluss auf diese Mindestbindungsfrist jeweils mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines Vertragsjahres des Tarifs schriftlich erklärt werden.

3.

Erstattet werden dem Mitglied die für sich selbst und/oder seine familienversicherten Angehörigen entstandenen und nachgewiesenen Kosten für verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel im Sinne von Absatz 1 Satz 1. Voraussetzung ist, dass die Verordnung durch einen Vertragsarzt, oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V oder zwischenstaatlichem Recht zur Versorgung von Versicherten berechtigten Arzt erfolgt und der anschließende Bezug der Arzneimittel über eine Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels vorgenommen wird.

Zur Erstattung sind die quittierten Originalrezepte oder die spezifizierten Kassenbelege zusammen mit den Originalrezepten vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt 100 von Hundert der Kosten für jedes einzelne im Rahmen des Tarifs erstattungsfähige Arzneimittel. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis. Für jeden separaten Tarifnehmer, für den eine Prämie entrichtet wird, ist die Leistung im Rahmen des Tarifs auf

einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt. Dieser ist abhängig von der Höhe der für diesen Tarif entrichteten Prämie und beträgt das 24fache der monatlichen Prämie.

Soweit der Tarifnehmer seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren in den Tarif einbezogen hat, werden Erstattungen für diese auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des Tarifnehmers angerechnet.

Es gelten nachfolgende Tarifklassen mit folgenden jährlichen Erstattungshöchstbeträgen:

Tarifklasse	Prämienzahlung pro Monat	Jahreshöchstleistungsbetrag
A	5,00 €	120,00 €
B	10,00 €	240,00 €
C	15,00 €	360,00 €
D	20,00 €	480,00 €
E	25,00 €	600,00 €

Wird in einem Jahr keine Erstattung im Sinne dieses Wahltarifes durch den Tarifnehmer oder eines seiner Familienangehörigen, für den der Tarif mit gelten soll, in Anspruch genommen, so erhält der Tarifnehmer im Folgejahr eine Bonusgutschrift auf die Jahreshöchstleistung in Höhe von 10 von Hundert. Wird auch in den Folgejahren keine Erstattung in Anspruch genommen, so erhöht sich dieser Bonus um jeweils weitere 10 von Hundert auf Basis der zuletzt geltenden Jahresleistungshöchstgrenze ohne Berücksichtigung bereits gewährter Boni. Eine Erhöhung der Jahreshöchstleistungssumme nach vorstehender Regelung ist auf maximal 5 Jahre begrenzt.

Soweit in einem Jahr eine Erstattung im Sinne dieses Wahltarifes in Anspruch genommen wurde, wird im Folgejahr unabhängig von einer vorherigen Bonusgewährung wieder maximal die Jahreshöchstleistung des gewählten Tarifs ohne Bonus gewährt.

Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tag, an dem die Prämien zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet werden.

4.

Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren, für die ein eigenständiger Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist.

Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig und wird mittels elektronischem Lastschriftverfahren (ELV) von der DRÄGER & HANSE BKK eingezogen. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet. Wählt das Mitglied für sich selbst oder für seinen familienversicherten Ehegatten/ Lebenspartner diesen Tarif, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren bis längstens zum Ende der Familienversicherung prämienfrei mitversichert, soweit für diese nicht ein eigenständiger Tarif abgeschlossen wurde.

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Der Tarifnehmer erhält bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

5.

Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt; maßgebend ist der Eingang der Kündigung bei der DRÄGER & HANSE BKK. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der DRÄGER&HANSE BKK nicht möglich. Die Teilnahme des Versicherten endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder dem Ende der Familienversicherung bei der DRÄGER & HANSE BKK.“

§ 14 e Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

1. Die DRÄGER & HANSE BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Den Tarif kann nicht wählen, wer zu Beginn der Laufzeit des Tarifs das 65. Lebensjahr vollendet hat und nicht unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versichert war.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. Januar 2009.
3. Für Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V iVm der Satzung jeweils in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie nach § 46 Abs. 2 SGB V, die bis zum 31.12.2008 von der Regelung des § 46 Sätze 3-5 SGB V in der Fassung bis

31.12.2008 Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.01.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 28.02.2009 erfolgt ist; die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.12.2008 gegenüber der BKK vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK.
6. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen; die Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Absatz 14 bleiben dabei außer Betracht.

Obliegenheiten der Teilnehmer

7. Die Mitglieder müssen die BKK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens/Arbeitsentgelts zu machen und auf Verlangen Nachweise dazu vorzulegen (vgl. Absatz 42).
8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der SBK nachzuweisen und die BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend..

Prämien

10. Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz 25 und der Höhe des Krankentagegeldes nach Absatz 38 ergeben sich die Prämien. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

11. für den Personenkreis der Selbständigen iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V:

Tarifgruppe Altersgruppe	S 43 je 10 € KTG	S 22 je 10 € KTG
0-30 Jahre	2,40 €	4,90 €
31-40 Jahre	3,40 €	7,70 €
41-50 Jahre	4,40 €	11,40 €
51-60 Jahre	5,40 €	16,00 €
61 Jahre und älter	7,40 €	21,50 €

12. f

für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Tarifgruppe Altersgruppe	U 15 je 10 € KTG
0-30 Jahre	4,90
31-40 Jahre	7,70
41-50 Jahre	11,40
51-60 Jahre	16,00
61 Jahre und älter	21,50

13. für den Personenkreis der Künstler und Publizisten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 46 Satz 2 SGB V

beträgt die monatliche Prämie einheitlich 4,90 €

14. Für die erstmalige Eingruppierung in Altersstufen ist das Lebensjahr maßgebend, welches zu Beginn der Tariflaufzeit vollendet ist. Jeweils zum 31.12. eines Jahres wird geprüft, ob der Teilnehmer im folgenden Kalenderjahr die Altersgruppe der nächsten Stufe erreicht. In diesem Fall sind ab Beginn des nächsten Jahres die höheren Prämien dieser Altersgruppe zu zahlen. Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes bleibt hiervon unberührt.

15. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich, auf Wunsch des Mitglieds auch jährlich gemäß Absatz 18. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen 43 bis 45 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

16. Im Falle der Krankentagegeldzahlung im Rahmen dieses Tarifs können fällige und fällig werdende Prämien, Gebühren (Mahngebühren,) mit dem Krankentagegeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.
17. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
18. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens
 - bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
 - bei jährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Jahr.
19. Bei jährlicher Zahlung gewährt die SBK einen Nachlass von 4 v.H. auf den Jahresbetrag.
20. Bei nicht oder nicht rechtzeitiger Prämienzahlung ruht der Anspruch auf Krankentagegeld bis die Prämien einschließlich der in Zusammenhang mit der Nicht- oder Spätzahlung der Prämie angefallenen Kosten vollständig gezahlt worden sind. Die Tage, für die aus diesem Grund kein Anspruch auf Krankentagegeld besteht, werden auf die Höchstbezugsdauer des Krankentagegeldes angerechnet.
21. Die BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

22. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über- zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.
23. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieses Tarifs liegt vor, wenn das Mitglied krankheitsbedingt seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann.
24. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien,) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
25. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankentagegeld. Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V wahlweise ab dem

22. Tag der Arbeitsunfähigkeit (S22) oder
43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (S43)

2. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab dem

15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (U15)

3. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

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

27. Für Mitglieder nach

- § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V iVm der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie

- § 46 Satz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2008 von der Regelung des § 46 Sätze 3-5 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2008 Gebrauch gemacht haben, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. Januar 2009 gewählt wird.

Für vor dem 31. Dezember 2008 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. Januar 2009.

28. Für vor dem 1. Januar 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 27 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.

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

30. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet

- wenn die Höchstanspruchsdauer von 78 Wochen während der dreijährigen Tariflaufzeit ausgeschöpft ist, vgl. Absatz 34
- 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,
- wenn Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird

- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen wird,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK
31. Das Krankentagegeld endet, wenn Sozialleistungen gewährt werden, jeweils mit dem Tag, der der Sozialleistungsgewährung voraus geht. Im Übrigen mit Ablauf des Ereignistags.
32. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

Zahlung

33. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 29 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

34. Anspruch auf Krankentagegeld besteht für längstens 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Beginnt ein neuer Dreijahreszeitraum beginnt wieder ein maximal 78wöchiger Anspruch auf Krankentagegeld. Ruht das Krankentagegeld infolge Nichtzahlung der Prämie, so werden diese Ruhentage auf die Höchstanspruchsdauer angerechnet. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 43-45 unbeachtlich.
35. Abweichend von Absatz 34 besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankentagegeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

36. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen im Rückstand ist. Der Anspruch lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände (Prämien und Kosten) wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
37. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.,

Höhe

38. Die Höhe des Krankentagegeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

in jeweils 10 € - Schritten frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf das Netto-Arbeitseinkommens/Netto-Arbeitsentgelt, das dem Versicherten während der Arbeitsunfähigkeit entgeht nicht überschreiten. Das Mitglied ist verpflichtet, der BKK eine Erklärung zukommen zu lassen, in welcher Höhe Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt während der Arbeitsunfähigkeit entfällt sowie Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

2. die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 46 Satz 2 SGB V genannten Versicherten erhalten ein einkommensabhängiges Krankentagegeld in der Höhe der gesetzlichen Vorschriften (§ 47 SGB V).

39. Das Krankentagegeld beträgt kalendertäglich mindestens 10 €, maximal 150 €.

40. Die BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 44.

41. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Krankentagegelds sowie die Dauer der Karenzzeit zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.

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

Wechsel

43. Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz 44 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beab-

sichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

44. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 38 und 39 genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 26 besteht in diesen Fällen nicht.

45. Für den Wechsel zwischen den Tarifen gelten die Absätze 43 und 44 entsprechend, mit der Besonderheit, dass die Wahl des Tarifs S22 nur bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres zulässig ist.

§ 14 f Wahltarif Selbstbehalt

I. Volljährige Mitglieder können für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 200,- €, 400,- €, 600,- € oder 900 EUR übernehmen (Selbstbehalt).

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Wahltarif nicht wählen.

II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Prävention (§ 20 und § 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 SGB V und § 23 Absatz 4 SGB V)
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Praxisbesuche, die ausschließlich zum Ausstellen von Privatrezepten dienen, die nicht zu Lasten der BKK abgerechnet werden.

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

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

Bei einem jährlichen Selbstbehalt von	200 EUR	beträgt die Prämie	150 EUR jährlich,
	von 400 EUR		300 EUR
	von 600 EUR		450 EUR
	von 900 EUR		600 EUR.

Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahlтарифen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahlтарифen nicht überschreiten.

Dieser Wahlтариф ist nicht mit dem Prämientarif mit §14g kombinierbar.

V. Die BKK hat in Höhe der während der Teilnahme in Anspruch genommenen Leistungen gegenüber dem Mitglied Anspruch auf die ihr entstandenen Kosten. Die Erstattungshöhe ist begrenzt auf den Selbstbehalt. Satz 1 gilt auch für im Vertragsausland in Anspruch genommene Leistungen.

Die BKK rechnet im 4.Quartal des Folgejahres die in Anspruch genommenen Leistungen ab. Maßgebend ist das Datum der Leistungsanspruchnahme bzw. das Datum der Leistungsabgabe. Der Selbstbehalt wird mit der Prämie verrechnet. Das Mitglied verpflichtet sich, die sich eventuell ergebende Differenz binnen 14 Tagen nach Zugang der Forderung an die BKK zu erstatten. Die Prämie wird im 4. Quartal des Folgejahres an das Mitglied ausgezahlt. Das Mitglied erhält eine entsprechend Information darüber.

Wurde der Selbstbehalt im laufenden Kalenderjahr nachweislich in voller Höhe ausgeschöpft, ist die Zahlung der Prämie an den Versicherten bereits zu diesem Zeitpunkt möglich.

VI. Die Wahl des Selbstbehaltтарifs muss im Voraus schriftlich vom Versicherten gegenüber der BKK erklärt werden. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet.

Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.

Der Satz 3 gilt entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, endet der Anspruch auf diesen Tarif entsprechend § 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V. Eine Verlängerung des Tarifs ist ausgeschlossen.

Der Tarif kann bei weiterer Teilnahme am Selbstbehalttarif mit einer Ankündigungsfrist von 1 Monat zum Beginn eines Kalenderjahres in eine andere Tarifstufe geändert werden.

VII. Die gesetzliche Mindestbindungsfrist beträgt drei Jahre.

Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigt; maßgebend ist der Eingang der Kündigung bei der DRÄGER & HANSE BKK. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der DRÄGER & HANSE BKK nicht möglich. Die Teilnahme des Versicherten endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder dem Ende der Familienversicherung bei der DRÄGER & HANSE BKK.

Mit Wegfall der Voraussetzungen für den Wahltarif entfällt auch die Bindungsfrist an die Mitgliedschaft bei der BKK.

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.

§ 14 g Wahltarif Prämienzahlung

I. Volljährige Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK in Anspruch genommen haben.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Wahltarif nicht wählen.

Das Mitglied muss seine Teilnahme am Wahltarif im Voraus schriftlich gegenüber der BKK erklären.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§ 20 und § 20d SGB V)

- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 SGB V und § 23 Absatz 4 SGB V)
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Praxisbesuche, die ausschließlich zum Ausstellen von Privatrezepten dienen, die nicht zu Lasten der BKK abgerechnet werden.

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf die Prämienzahlung angerechnet.

III. Die in Anspruch genommenen Leistungen im Inland des maßgeblichen Kalenderjahres werden vom Versicherten über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen. Im Vertragsausland in Anspruch genommene Leistungen (mit Ausnahme der unter Absatz II genannten Leistungen) werden ebenfalls auf die Prämienzahlung angerechnet. Die BKK ermittelt ob Leistungen in Anspruch genommen wurden. Das Mitglied und seine nach § 10 SGB V mitversicherten volljährigen Familienangehörigen legen auf Aufforderung eine vollständig ausgefüllte und jeweils eigenhändig unterschriebene Erklärung vor. In dieser Erklärung werden wahrheitsgemäß die in Anspruch genommenen Leistungen im abgelaufenen Kalenderjahr angegeben.

IV. Die Prämie beträgt 1/12 des im jeweils maßgeblichen Kalenderjahr während der Teilnahme vom Mitglied selbst getragenen und rechtzeitig (gilt nicht für Selbstzahler) gezahlten Beitrages.

Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern und bei freiwillig versicherten Rentnern werden die vom Arbeitgeber bzw. der Deutschen Rentenversicherung gezahlten Beitragszuschüsse nicht bei der Berechnung der Prämie berücksichtigt.

Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.

Die Prämie wird im 4. Quartal des Folgejahres an das Mitglied ausgezahlt, soweit keine Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II) in Anspruch genommen wurden. Das Mitglied erhält eine entsprechend Information ob und ggf. in welcher Höhe ein Anspruch besteht.

Dieser Wahltarif ist mit dem Selbstbehalttarif §14f nicht kombinierbar.

- V. Die Wahl des Prämientarifs wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied den Prämientarif während des laufenden Kalenderjahres wählt, wird die Prämienzahlung nach Absatz III 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 Prämientarifs nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, endet der Anspruch auf den Wahltarif entsprechend § 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V. Eine Verlängerung des Tarifs ist ausgeschlossen.
- VI. Die gesetzliche Mindestbindungsfrist beträgt drei Jahre.
Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigt; maßgebend ist der Eingang der Kündigung bei der DRÄGER & HANSE BKK. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der DRÄGER & HANSE BKK nicht möglich. Die Teilnahme des Versicherten endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder dem Ende der Familienversicherung bei der DRÄGER & HANSE BKK. Mit Wegfall der Voraussetzungen für den Wahltarif entfällt auch die Bindungsfrist an die Mitgliedschaft bei der BKK.
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.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das BVA (Bundesversicherungsamt).

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK gehört dem BKK-Landesverband NORD als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK sowie auf der Internetseite der BKK und nachrichtlich in der Mitgliederzeitung.

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 23.09.2002 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 1. Satzungsnachtrag am 10.02.03 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 2. Satzungsnachtrag am 20.05.03 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 3. Satzungsnachtrag am 09.12.03 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 4. Satzungsnachtrag am 11.03.04 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 5. Satzungsnachtrag am 19.04.04 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 7. Satzungsnachtrag am 12.05.05 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 8. Satzungsnachtrag am 13.09.05 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 9. Satzungsnachtrag am 29.11.05 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 10. Satzungsnachtrag am 07.12.06 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 11. Satzungsnachtrag am 07.12.06 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 12. Satzungsnachtrag am 21.06.07 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 13. Satzungsnachtrag am 09.10.07 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 14. Satzungsnachtrag am 04.12.07 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 15. Satzungsnachtrag am 02.07.08 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 16. Satzungsnachtrag am 10.12.08 beschlossen.
Der Verwaltungsrat hat den 17. Satzungsnachtrag am 16.07.09 beschlossen

2. Die Satzung tritt am 01.01.2003 in Kraft.
Der 1. Nachtrag tritt am 01.01.03 in Kraft.
Der 2. Nachtrag tritt am 01.08.03 in Kraft.
Der 3. Nachtrag tritt am 01.01.04 in Kraft.
Der 4. Nachtrag tritt rückwirkend zum 01.01.2004 in Kraft, außer § 12, dieser tritt am Tage nach Bekanntmachung in Kraft.
Der 5. Nachtrag, mit Ausnahme des Artikel I § 9 und des Artikel I § 13f, tritt mit der Genehmigung in Kraft.
Der 8. Nachtrag tritt am Tag nach Bekanntmachung in Kraft.
Der 9. Nachtrag tritt am 01.01.2006 in Kraft
Der 10. Nachtrag tritt am 25.01.2007 in Kraft
Der 11. Nachtrag tritt am 01.01.2007 in Kraft
Der 12. Nachtrag tritt am 01.07.2007 in Kraft
Der 13. Nachtrag tritt am 01.07.2007 in Kraft
Der 14. Nachtrag tritt am 01.12.2007 in Kraft
Der 15. Nachtrag tritt am 01.04.2008 in Kraft
Der 16. Nachtrag tritt am 01.01.2009 in Kraft
Der 17. Nachtrag tritt am Tag nach Bekanntmachung in Kraft
Der 18. Nachtrag tritt am Tag nach Bekanntmachung in Kraft

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates
der **DRÄGER & HANSE BKK**

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

(Die nachfolgende Entschädigungsregelung begrenzt die Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz (BRKG) enthaltenen Beträge, so dass in diesem Rahmen auch eine Anbindung an betriebliche Reisekostenregelungen möglich ist. Sie wurde erstellt unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung).

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

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

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen der 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 (Abs. 1*) (Abs.2**) des BRKG jeweils geltenden Sätze.

*) Derzeit 0,20 EUR für jeden gefahrenen Kilometer, höchstens jedoch 130 EUR (im Einzelfall bis zu EUR 150.-)

**) Falls besondere Gesichtspunkte ein Abweichen von § 5 Abs. 1 BRKG erforderlich machen, derzeit

0,30 EUR für jeden gefahrenen Kilometer

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV (in der Fassung des Einigungsvertrages, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet F, Abschnitt III, Nr. 1 Buchstabe c).

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich diese Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von **50,00 Euro**.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von **100,00 Euro**.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von **50,00 Euro**.

Diese Pauschbeträge werden monatlich im voraus überwiesen.

Den Vorsitzenden der Pflegekasse wird keine eigenständige Monatspauschale im vorstehenden Sinne gewährt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2. Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand wird allerdings nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrages gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage zu § 13 b Teilnahmebedingungen Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

1. Teilnahmevoraussetzungen

- Teilnahmeberechtigt ist jeder Versicherte ab dem 15. Lebensjahr. Familienversicherte bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gelten als eingeschrieben, wenn das Mitglied an dem Bonusprogramm teilnimmt.
- Die Teilnahme an dem Bonusprogramm beginnt mit der Einschreibung, die mündlich oder schriftlich erklärt werden kann.

2. Bonifizierte Maßnahmen sowie deren Nachweis

- **Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen:**
- Teilnahmeberechtigt: Frauen ab dem 20. Lebensjahr nach § 25 Abs. 2 SGB V.
- Nachweis: Stempel/Unterschrift durch Arzt
- Punktegutschrift: einmal jährlich
- Punkte: 2000 pro Untersuchung
- **Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer:**
- Teilnahmeberechtigt: Männer ab dem 45. Lebensjahr nach § 25 Abs. 2 SGB V.
- Nachweis: Stempel/Unterschrift durch Arzt
- Punktegutschrift: einmal jährlich
- Punkte: 2000 pro Untersuchung
- **Ärztliche Gesundheitsuntersuchung:**
- Teilnahmeberechtigt: Frauen und Männer ab dem 35. Lebensjahr, nach § 25 Abs. 1 SGB V.
- Nachweis: Stempel/Unterschrift durch Arzt
- Punktegutschrift: alle zwei Jahre
- Punkte: 2000 pro Untersuchung
- **Prüfung des individuellen Impfstatus (Erwachsene), ob alle von der BKK gewährten Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V vollständig in Anspruch genommen wurden:**
- Nachweis: Stempel/ Unterschrift durch Arzt
- Punktegutschrift: einmal in zwei Jahren
- Punkte: 1000 pro Nachweis
- **Prüfung des individuellen Impfstatus (Kinder und Jugendliche), ob alle von der BKK gewährten Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V vollständig in Anspruch genommen wurden sowie Prüfung, ob die vorgesehenen Kinderuntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V vollständig in Anspruch genommen wurden:**
- Nachweis: Stempel/ Unterschrift durch Arzt

- Punktegutschrift: einmal in zwei Jahren
- Punkte: 1000 pro Nachweis
- **Teilnahme an Kursen zur primären Prävention nach § 20 SGB V:**
- Nachweis: Stempel/ Unterschrift durch den Anbieter bei mindestens 80 % Anwesenheit
- Punktegutschrift: Maximal für 4 Kurse in zwei Jahren
- Punkte: 1500 pro Kurs
- Körperliche Bewegung (Erwachsene): aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder Betriebssportgruppe, Abnahme Sportabzeichen
- Nachweis: durch Verein bzw. Veranstalter
- Punktegutschrift: maximal einmal pro Jahr
- Punkte: 500
- **Körperliche Bewegung (Kinder): aktive Mitgliedschaft im Sportverein, Abnahme Sportabzeichen.**
- Nachweis: durch Verein bzw. Veranstalter
- Punktegutschrift: maximal einmal pro Jahr
- Punkte: 500
- **Kontrolluntersuchung durch den Zahnarzt beispielsweise professionelle Zahnreinigung oder Kariesprophylaxe:**
- Punktegutschrift: maximal einmal pro Jahr
- Nachweis: Stempel/Unterschrift Zahnarzt
- Punkte: 500 pro zahnärztliche Zahnreinigung

3. Gesundheitsbezogener Bonus

- Die Durchführung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen ist nachzuweisen nach Abs. II., die Prüfung der Richtigkeit der Nachweise erfolgt durch die BKK oder beauftragte Dritte.
- Nach der Einschreibung und dem Erhalt des Bonusheftes können über maximal 24 Kalendermonate Punkte für gesundheitsförderliches Verhalten gesammelt werden.
- Eine Einlösung der Punkte innerhalb dieses Zeitraumes ist jederzeit möglich. Nach Ablauf hat der Teilnehmer noch maximal drei Monate Zeit, um seine erworbenen Punkte einzulösen, ansonsten verfällt der Anspruch.

Der Bonus wird gewährt als Geldprämie, die sich nach der Anzahl der gesammelten Bonuspunkte bemisst. Der Erstattungsbetrag liegt bei 6.000 – 7.999 Punkten bei 50,- €, bei 8.000 – 10.000 Punkten bei 80,- € und bei mehr als 10.000 Punkten bei 120,- €.

-

Anlage zu § 13 c Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Die **DRÄGER & HANSE BKK** führt ein Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen in:

- Hessen

durch.

Das Modellvorhaben ist bis zum 10. Juni 2006 befristet.