



Satzung der BKK Beiersdorf AG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: Januar 2010

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2	Verwaltungsrat	4
§ 2 a	Versichertenälteste/Vertrauensleute	7
§ 3	Vorstand.....	8
§ 4	Widerspruchsausschuss	10
§ 5	Kreis der versicherten Personen	11
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	14
§ 7	Aufbringung der Mittel	15
§ 8	Bemessung der Beiträge.....	16
§ 8a	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	17
§ 9	Beitragssätze	18
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	19
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren.....	20
§ 11	Höhe der Rücklage	21
§ 12	Leistungen.....	22
§ 12 a	Primärprävention.....	26
§ 12 b	Schutzimpfungen	27
§ 12 c	Leistungsausschluss	28
§ 13	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	29
§ 13a	Modellvorhaben strukturierte Behandlungsprogramme.....	31
§ 13b	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	32
§ 13c	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	33
§ 13e	Wahltarif integrierte Versorgung.....	36
§ 13f	Wahltarif „Wahltarife Krankengeld“	37
§ 14	Krankengeld für freiwillige Mitglieder.....	43
§ 15	Kooperation mit der PKV.....	44
§ 16	Aufsicht	45
§ 17	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	46
§ 18	Bekanntmachungen	47
§ 19	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG	48

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

BKK Beiersdorf AG

Sie ist errichtet worden am 01.10.1998.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hamburg.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die
Beiersdorf AG

tesa SE

tesa Werk Hamburg GmbH

tesa Werk Harrislee GmbH

tesa Werk Offenburg GmbH

tesa scribos GmbH

tesa – etikettendruckerei GmbH

tesa Converting Center GmbH

Florena Cosmetic GmbH

Beiersdorf Shared Service (BSS) GmbH

Juvena La Prairie GmbH mit ihren Tochterunternehmen

La Prairie GmbH

Juvena Produits de Beaute GmbH

Nivea Haus GmbH

Professor Steinkraus Research Laboratoires Produkte GmbH

Beiersdorf Manufacturing Hamburg GmbH

Beiersdorf Customer Supply GmbH

Beiersdorf Manufacturing Berlin GmbH

Labtec GmbH

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 4 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. den Vorstand zu überwachen,
 7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung , freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen oder solange die BKK nicht geöffnet ist, die Auflösung zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschalbeträgen im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen, bei

1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an geänderte Gesetze oder höchstrichterliche Rechtsprechung,
2. Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einem seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

Wenn der Arbeitgeber oder mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 2 a Versichertenälteste/Vertrauensleute

1. Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste/Vertrauensleute sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
2. Die Versichertenältesten/Vertrauensleute üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
3. Die Versichertenältesten/Vertrauensleute haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung der Versicherten bei Leistungsanträgen sowie die Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die 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 den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr.
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 1 Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 Stimme.

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

 3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

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

 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

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

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

- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte; als Beschäftigte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestands-gesetzes gezahlt wird,
2. Leistungsempfänger nach dem SGB III nach dessen näherer Bestimmung
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 darlehnsweise gewährt wird oder nur Leistungen nach §23 Absatz 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. selbständige 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 oder in anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten,
11. Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen für den Rentenbezug erfüllen,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, die für die Versicherungspflicht geforderten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, zuletzt Mitglied der Betriebskrankenkasse waren und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert 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

Die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
2. Personen, deren Familienversicherung endet oder bei Kindern nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,

3. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind,
 4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
 5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 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 Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist, oder
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist, oder
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind, oder
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder waren.
- IV. Familienversicherte
- Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

1. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
2. Abs. I Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Kasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Kasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber dem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
3. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach §10°SGB°V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
4. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 13 f gewählt wurde. In diesem Fall kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der § 13 f Absätze XV und XVI gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

Die Beiträge werden nach den „Einheitlichen Grundsätzen des GKV – Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge“ erhoben.

§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 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 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in § 76 Absatz 2 Satz 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 Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 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 genommene Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Beitragssätze

Der Beitrag wird in Hundertstel der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt. Es gelten die vom Bundesgesundheitsministerium festgelegten einheitlichen Beitragssätze.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

Die Beiträge werden nach den „Einheitlichen Grundsätzen des GKV – Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge“ fällig.

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

Im Rahmen von § 77 Hamburgisches VwVG in Verbindung mit § 5 Vollstreckungskostenordnung wird eine pauschale Mahngebühr erhoben. Diese beträgt 3,- €.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und zur Vermeidung deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisregelung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

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

II. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - 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 die Dauer von 6 Wochen gewährt.
 - b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen 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 selbstbeschaffene Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

III. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme (schriftlich) zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat zum Quartalsende schriftlich kündigen.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v. H., mindestens 5,00 EUR und maximal 40,00 EUR, je Erstattungsfall für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 6,00 EUR und maximal 50,00 EUR, je Erstattungsfall für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, 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.

§ 12 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands 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" Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Maßnahmen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion (z. B. Walking-Kurs, Präventives Herz-Kreislauf-Training)
- Maßnahmen zur Förderung des Muskel-Skelettsystems (z. B. Kurs zur rückschonenden oder Wirbelsäulengymnastik, Präventives Muskelaufbau-Training)

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (z. B. Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (z. B. Gewichtsreduktions-Kurs)

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten (z. B. Stressreduktions-Training)

Genuss- und Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs (z. B. Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs)

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 70 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100,00 € je Kalenderjahr gewährt. Bei Härtefällen nach § 61 oder § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100,00 € je Kalenderjahr.

§ 12 b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H.:
 - FSME
 - Rotaviren bei Säuglingen (6. bis 26. Lebenswoche).

- II. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

§ 12 c Leistungsausschluss

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

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

§ 13 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65 a SGB V, soweit und solange sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind. Der Anspruch auf einen Bonus entsteht, wenn der Versicherte folgende Aktivitäten nachweist:
 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 einschließlich der Zahnprophylaxen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Der Versicherte nimmt einmal jährlich an der Zahnprophylaxe teil.
 5. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch oder ein Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung gem. § 20a SGB V.
 6. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport und weist die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder der Beiersdorf Sportgemeinschaft e.V. nach. Alternativ kann ein jährlicher Nachweis über das Ablegen des Sportabzeichens des Deutschen Sportbundes vorgelegt werden.
 7. Der Body-Maß-Index des Bonusprogrammteilnehmers liegt nachweislich zwischen 18 und 27.
 8. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
 9. Der Versicherte hat die von der BKK nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.

- II. Die Versicherten erhalten von der BKK für die Zeit der Teilnahme am Programm zum gesundheitsbewussten Verhalten eine BKK-Bonuskarte. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Erbringer der Leistung auf der BKK-Bonuskarte quittiert.

Der Bonus wird dem Versicherten in Form von Sach- oder Geldprämien gutgeschrieben, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte nachgewiesen wurden. Der Versicherte wählt aus einem nach Anzahl der Bonuspunkte gestaffelten Katalog eine gesundheitsorientierte Sachprämie oder eine Geldprämie aus. Bei gewählter Geldprämie entspricht ein Bonuspunkt dem Geldwert von 0,10 €. Prämien werden ab einer Mindestpunktzahl von 300 Punkten gewährt. Die Mindestpunktzahl kann über mehrere Jahre angespart und für alle bei der BKK Beiersdorf AG versicherten Familienangehörigen zusammengerechnet werden. Die Geldprämie wird teilnehmer-bezogen gewährt.

Die Erfüllung der jeweiligen Aktivität aus den Punkten 1 – 4 wird mit 100 Punkten (maximal 400 Punkten) aus den Punkten 5 – 9 mit 50 Punkten (maximal 250 Punkten) belohnt.

Bei ununterbrochener aktiver und erfolgreicher Teilnahme am Bonusprogramm wird der Bonus jährlich um 50 Punkte erhöht.

Die Bonuskarte ist bis zum 31.03. des Folgejahres bei der BKK einzureichen.

Bonusansprüche verfallen mit Beendigung der Versicherung bei der BKK Beiersdorf AG oder wenn für den Teilnehmer für eine Dauer von 12 Monaten keine Aktivitäten auf dem Bonuskonto durch Erlangung neuer Bonuspunkte festgestellt werden (Passive Teilnahme).

§ 13 a Modellvorhaben strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt in Hessen folgendes Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Inhalt und Ausgestaltung des Modellvorhabens ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Das Modellvorhaben beginnt am 11.06.2003 und endet spätestens am 31.12.2010.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 >
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 >
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs >
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit >
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma >
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen>

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

II. Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung in Höhe von insgesamt 40 EUR im Jahr. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13c Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von regionalen 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.

Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsverträgen oder die Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen, soweit sich aus den in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen keine andere Altersgrenze ergibt. Außerdem können Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in das das Ereignis fällt.

- II Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73 b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der gewählte Hausarzt ist in der Teilnahmeerklärung anzugeben und hat die Wahlentscheidung des Versicherten zu bestätigen.

Der Beginn der Teilnahme, Inhalt und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, aktiv an der Gestaltung seiner Versorgung mitzuwirken.

Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen sollen ebenfalls nur in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt bzw. mit dem Facharzt, der per Hausarztüberweisung in Anspruch genommen worden ist, erfolgen.

- III Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf 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 Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz II, wird der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung können dem Versicherten auferlegt werden. Pflichtwidrigkeit liegt nicht vor in Notfällen bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

§ 13d Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c 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 besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.

- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der 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 Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 13e Wahltarif integrierte Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Integrierte Versorgung kann auch auf Grundlage einer hausarztbasierten integrierten Versorgung erfolgen. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

Die gleichzeitige Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

Soweit die BKK Verträge über eine hausarztbasierte integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V von Kindern und Jugendlichen mit einer Gemeinschaft von Kinder- und Jugendärzten abgeschlossen hat, gelten die Regelungen des § 13 c Abschnitt I und II entsprechend.

- II Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Die Information enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch die Informationen in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13f Wahltarif „Wahltarife Krankengeld“

Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist. Mitglieder ab Vollendung des 65. Lebensjahres können einen Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren.

Anspruch

- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife 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. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S43),
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit

(Tarifschlüssel K15-42)

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich im Falle des Absatzes XIV nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt oder mit Wirkung vom 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

- IV** Für den Anspruch auf Krankengeld 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. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V** Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

VI Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

VII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten 1/30 des zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten monatlichen Arbeitsentgelts bzw. monatlichen Arbeitseinkommens, maximal jedoch 25,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

VIII Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- IX** Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

- X** Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 360 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 360. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.
- XI** Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

- XII** Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen

der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- XIII** Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- XIV** Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V – mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31. Oktober 2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 30. September 2009 gestellt. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

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.

Kündigung

- XV** Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- XVI** Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. 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, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

XVII Aus der Karenzzeit nach Absatz III ergeben sich die Tarifikennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen

Tarif	EUR
S43	24,50
K15-42	17,80

XVIII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XIX. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

XIX Die Prämie wird monatlich gezahlt, spätestens am 1. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

XX Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

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

§ 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Für die in § 5 Abs. II bezeichneten Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und unter der Internet – Homepage der Betriebskrankenkasse.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 1 Woche.

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

§ 19 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

Übertragung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 gem. § 9 Abs.2 Nr.5 i.V.m. § 8 Abs.2 AAG

1. Die Durchführung des U1-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Ost übertragen (§ 9 Abs.2 Nr.5 i.V.m. § 8 Abs.2 AAG).
2. Die Durchführung des U2-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird der BKK BMW, Dingolfing, übertragen (§ 9 Abs.2 Nr.5 i.V.m. § 8 Abs.2 AAG).
3. Der Einzug der Umlagen U1 und U2 erfolgt durch die BKK Beiersdorf AG. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U1 werden an den BKK-Landesverband Ost weitergeleitet. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagebeiträge zur U2 werden an die BKK BMW, Dingolfing, weitergeleitet (§ 8 Abs.2 AAG).
4. Hinsichtlich des U1-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Ost die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs.5 AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.
5. Hinsichtlich des U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird die BKK BMW, Dingolfing, die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs.5 AAG). Insbesondere wird die BKK BMW ermächtigt, die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.