

# ▶ **SATZUNG**

DER HEIMAT KRANKENKASSE

Mit den Satzungsnachträgen 1 bis 34

Stand: Januar 2012

## Artikel I

<b>Inhalt der Satzung</b>	<b>ab Seite</b>
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse .....	4
§ 2 Verwaltungsrat.....	5
§ 3 Vorstand .....	7
§ 4 Widerspruchsausschuss .....	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen .....	9
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft.....	10
§ 7 Aufbringung der Mittel.....	11
§ 8 Bemessung der Beiträge .....	11
§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge .....	11
§ 9 Beitragssätze .....	12
§ 10 Fälligkeit der Beiträge .....	12
§ 11 Höhe der Rücklage .....	13
§ 12 Leistungen .....	13
§ 12a Primärprävention .....	17
§ 12b Schutzimpfungen.....	19
§ 12c Leistungsausschluss.....	19
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	19
§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung .....	20
§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme .....	20
§ 13c Wahltarif integrierte Versorgung .....	21
§ 13d Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung.....	21
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten.....	22
§ 15 Krankengeldwahltarif .....	25
§ 16 Kooperation mit der PKV .....	25
§ 17 Aufsicht.....	25
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband.....	25
§ 19 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG.....	26
§ 20 Bekanntmachungen.....	26

**Artikel II**

**Inkrafttreten..... 26**

## **Artikel I**

### **§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**

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

#### **Heimat BKK sowie die Kurzbezeichnung Heimat Krankenkasse.**

Sie ist errichtet worden am **01. Januar 2000** und ist Rechtsnachfolger der am **01.01.1997** errichteten BKK Oetker in Bielefeld (Rechtsnachfolger der am 01.10.1952 errichteten BKK Dr. Aug. Oetker Nahrungsmittel KG sowie der am 01.04.1953 errichteten BKK Chemische Fabrik Budenheim, R.A. Oetker KG) sowie der am **01.09.1887** errichteten BKK C.A. Delius & Söhne in Bielefeld.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in

**33602 Bielefeld, Herforder Straße 23**

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Unternehmen Dr. Aug. Oetker Nahrungsmittel KG in Bielefeld sowie Dr. August Oetker Nahrungsmittel - Werk Wittenburg, der Chemischen Fabrik Budenheim KG in Budenheim sowie auf die Betriebsstätten in Rendsburg, Hamburg, Stuhr, Hildesheim, Duisburg, Homburg, Markgröningen, Berlin, Kassel, Kirchheim, Roßla, Domnitz, Großkugel, Bad Freienwalde, Lübben, Brandenburg, Sallgast, Mühlhausen, Magdeburg, Bad Sulza, Lugau, Flöha, Bannewitz, Chemnitz und Leipzig sowie die Firma Delius GmbH mit den Betriebsstätten in Bielefeld und Spenge.
- III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Regionen:

Baden Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

## **§ 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 jeweils zu Beginn eines Geschäftsjahres.
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 8 Versichertenvertreter und 8 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
- 3a. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.  
Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
- 3b. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu

beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

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 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.
- 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 des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII.** Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Beschlüsse im Zusammenhang mit der Bestellung des Vorstandes sowie der Aufstellung und Änderung der Satzung werden mit der Mehrheit von 2/3 der abgegebenen Stimmen gefasst, soweit nicht das Gesetz eine höhere Mehrheit fordert; die 2/3 Mehrheit gilt auch bei den gesetzlich bestimmten Zustimmungsbeschlüssen der Versichertenvertreter. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX.** Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

### § 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören **2 Mitglieder** an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV.** Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V.** Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

#### **§ 4 Widersprachausschuss**

- I.** Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in 33602 Bielefeld, Herforder Straße 23.
- II.**
1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus 3 Vertretern der Versicherten und 1 Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder oder stellvertretenden Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse. Der Arbeitgebervertreter hat insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter.
  2. Für die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses sind 3 Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall, für den Arbeitgebervertreter ist 1 Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall zu bestellen.
  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 Vorsitzende sowie sein Stellvertreter werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. 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. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

## **§ 5 Kreis der versicherten Personen**

- I.** Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind.
  2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten
- II.** Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte Schwerbehinderte der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 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 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
  2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
  3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

#### **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 2 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 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.

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

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

Die Betriebskrankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

## **§ 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 den Absätzen II und III 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 SGB IV 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**

*nicht besetzt*

## **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

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

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

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

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

## § 11 Höhe der Rücklage

- I. Die Rücklage beträgt **25 v. H.** des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.
- II. Auf die Entschuldung der Kasse entfällt kein Beitragssatzanteil. Der Beitragssatzanteil für die Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von anderen Betriebskrankenkassen nach § 265a SGB V beträgt 0,37 v. H.

## § 12 Leistungen

### I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von 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 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

## **II. Haushaltshilfe**

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 20 Arbeitstagen im Kalenderjahr gewährt. Die Haushaltshilfe ist auf maximal 4 Stunden pro Tag begrenzt, wenn im Haushalt kein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In begründeten Ausnahmefällen, die in einem Verzeichnis aufgeführt sind, wird Haushaltshilfe auch über diesen Zeitraum hinaus gewährt, längstens jedoch für insgesamt 80 Arbeitstage.
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 Verdienstaussfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

## **III. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

#### **IV. Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz**

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitglieder entsteht der Anspruch auf Krankengeld mit Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn die Mitglieder gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgegeben und nicht widerrufen haben. Hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld von einem Zeitpunkt an, der vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit liegt, hat er an die Künstlersozialkasse zusätzlich den sich auf Grund des § 242 SGB V ergebenden Erhöhungsbetrag zu zahlen.

#### **V. Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung 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 Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 €, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10,0 v. H., mindestens 3,00 € und maximal 50,00 €, für 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 einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

## VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

<u>Apothekenverkaufspreis</u>	<u>Mehrkostenanteil</u>
bis 14,99 €	30 %
15,00 € bis 30,99 €	40 %
31,00 € bis 100,99 €	60 %
101,00 – 300,99 €	70 %
301,00 – 500,99 €	80 %
ab 501,00 €	84 %

2. § 12 Abs. V Nr. 3 und 4 gelten.

### § 12a Primärprävention

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

*Bewegungsgewohnheiten:*

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

*Ernährung:*

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

*Stressmanagement:*

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

*Suchtmittelkonsum:*

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

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

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 einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 160 Euro, je Maßnahme gewährt.

## **§ 12b Schutzimpfungen**

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen.
- II. Absatz I. gilt nicht, wenn die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, vom Arbeitgeber unentgeltlich angeboten werden oder in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

## **§ 12c Leistungsausschluss**

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 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 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 €.

### **§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, 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. 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, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis zur Verfügung.
- 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 Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

### **§ 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.

### **§ 13c 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 Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a 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.

### **§ 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 jeweilige 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, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis 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.

## **§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

- I. Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 – 2 der Kategorie A, Absatz I, vollständig einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte mindestens 2 weitere Punkte aus der Kategorie B, Absatz I, nachweist:

### Kategorie A:

1. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 SGB V in Anspruch.
2. Der Versicherte nimmt jährlich an einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung gem. § 55 Abs. 1 SGB V teil.

### Kategorie B:

1. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 19 und 26.
2. Der Versicherte lässt bei einem Zahnarzt eine professionelle Zahnreinigung (Individualprophylaxe) durchführen.
3. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.

4. Der Versicherte nimmt an Aktionen einer Krankenkasse oder eines Betriebes zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (Impfaktionen, Screenings, Diabetestests, Check-ups) teil.
  5. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch. Es wird höchstens eine Maßnahme je Handlungsfeld nach den Empfehlungen des Handlungsleitfadens Prävention bonifiziert.
  6. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport und weist dies durch eine Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, durch Ablegen eines Sportabzeichens, durch eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einer Betriebssportgruppe nach.
- II. Versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 – 2 der Kategorie A, Absatz II, vollständig einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn die versicherten Kinder und Jugendlichen weitere Punkte aus der Kategorie B, Absatz II, nachweisen. Aus der Kategorie B sind höchstens 3 Aktivitäten innerhalb eines Kalenderjahres auf den Bonus anrechenbar.

Kategorie A:

1. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen die nach 26 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgesehenen Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen (U1 – U9 / J1) für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
2. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen die nach § 22 Abs. 1 SGB V und § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehenen zahnärztlichen Untersuchungen zur Verhütung bzw. Früherkennung von Zahnerkrankungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.

Kategorie B:

1. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen an einer oder mehreren sportlichen Aktivitäten teil und fördern somit aktiv ihre Gesundheit. Folgende sportliche Aktivitäten begründen einen Bonusanspruch:
  - Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
  - Schwimm- und Sportabzeichen
  - Aktive Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die durch qualifizierte Übungsleiter durchgeführt werden
  - Teilnahme an zertifizierten Präventionskursen nach § 20 SGB V
  - Eltern-Kind-Turnen

- Bewegungsmaßnahmen für Babys- und Kleinkinder (PEKiP, Babyschwimmen oder Kleinkindturnen).
2. Versicherte Kinder und Jugendliche weisen nach, dass sie ihre Gesundheit durch eine oder mehrere Gesundheitsaktionen fördern. Hierbei begründen folgende Gesundheitsaktionen einen Bonusanspruch:
- Qualitätsgesicherte Vorsorgeuntersuchungen zur Ergänzung der Kinderrichtlinie
  - Impfungen nach § 20d SGB V
  - Body-Maß-Index in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht im Normbereich
  - Zahnversiegelung
  - Ernährungsberatung
  - Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V
  - Augencheck
  - Hautkrebscreening.

**III.** Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft quittiert.

Für die Teilnahme nach Absatz I wird der Bonus dem Versicherten als einmaliger Geldbonus oder als Zuschuss für die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen in Höhe von mindestens 20,00 Euro gutgeschrieben, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonusheftes vollständig nachgewiesen wurden.

Für die Teilnahme nach Absatz II wird der Bonus dem Erziehungsberechtigten des Versicherten als Geldbonus oder als Zuschuss für die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen in Höhe von mindestens 10,00 Euro gutgeschrieben, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonusheftes vollständig nachgewiesen wurden.

Der Anspruch auf nicht eingelöste Bonuspunkte erlischt mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

Der Umfang der Bonusgewährung und die Einzelheiten der Durchführung werden in einem Verzeichnis geregelt.

## **§ 15 Krankengeldwahltarif**

Die Heimat BKK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

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

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe des Anhangs dieser Satzung. Der Anhang ist Bestandteil dieser Satzung.

## **§ 16 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## **§ 17 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

## **§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordwest als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

## **§ 19 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG**

- I. Die Durchführung des U1-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§ 9 Abs. 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Abs. 2 AAG).
1. Der Einzug der Umlage U1 erfolgt durch die Heimat BKK. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagebeiträge zur U1 werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs.2 AAG).
  2. Hinsichtlich des U1-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.
- II. Die Heimat BKK führt das U2-Umlageverfahren nach dem AAG nach Maßgabe des Anhangs dieser Satzung durch. Der Anhang ist Bestandteil dieser Satzung.

## **§ 20 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und deren Geschäftsstellen, im Internet unter „[www.heimat-krankenkasse.de](http://www.heimat-krankenkasse.de)“ sowie nachrichtlich in der Versichertenzeitschrift.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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