

SATZUNG

DER HEIMAT KRANKENKASSE

mit den Satzungsnachträgen 1 bis 67

Stand: September 2019

Artikel I

Inhalt der Satzung

ab Seite

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2	Verwaltungsrat.....	4
§ 3	Vorstand	6
§ 4	Widerspruchsausschuss	7
§ 5	Kreis der versicherten Personen.....	8
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft.....	9
§ 7	Aufbringung der Mittel.....	10
§ 8	Bemessung der Beiträge	11
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	11
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	11
§ 11	Höhe der Rücklage	12
§ 12	Leistungen	12
§ 12a	Primärprävention	23
§ 12b	Schutzimpfungen.....	24
§ 12c	Leistungsausschluss.....	24
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen.....	25
§ 13a	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	25
§ 13b	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	26
§ 13c	Wahltarif besondere Versorgung	26
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten.....	27
§ 14a	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	28
§ 14b	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	29
§ 14c	Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	29
§ 15	Krankengeld-Wahltarif	30
§ 16	Kooperation mit der PKV	30
§ 17	Aufsicht.....	30
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	31
§ 19	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG.....	31
§ 20	Bekanntmachungen	31

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**
- Der Verwaltungsrat besteht aus 8 Vertretern der Versicherten und 4 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder der Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreeters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

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

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

- 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 und 29a SVHV in V. m. § 77 Abs. 1a SGB IV 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 der Vorstand längere Zeit an der Ausübung seines Amtes gehindert ist oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
 - 5a. 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 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit 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 gehört 1 Mitglied an.
- II** Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III** Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung 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.

§ 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 Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 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 und 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 oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis Nr. 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen 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 Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrag erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitragssatz erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zum dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- 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.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I** Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das 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 einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt **75 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

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. 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 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. Voraussetzung ist

ferner, dass ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert ist und auf Hilfe angewiesen ist.

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 Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

III Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

IV Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der 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 in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die Erstattung erfolgt regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren. Für die ambulante ärztliche Versorgung werden 31,60 % des Rechnungsbetrages erstattet, für die ambulante zahnärztliche Versorgung werden 34,28 % des Rechnungsbetrages erstattet. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. 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 5,0 v. H., maximal 50,00 €, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Für die Kostenerstattung sind die Rechnung der Apotheke sowie die ärztliche Verordnung des substituierten Arzneimittels vorzulegen.

Die Heimat BKK übernimmt zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

VI Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Heimat BKK übernimmt zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

1. Zahnärztliche Behandlung

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

- Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren im bleibenden Gebiss, sofern kein anderweitiger Anspruch nach § 22 Abs. 3 SGB V besteht
- 2. Zahnsteinentfernung innerhalb eines Kalenderjahres
- Bakterientest bei anstehender Parodontosebehandlung
- Kariesinfiltration

Die Heimat BKK erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 40 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

2. Professionelle Zahnreinigung

Die Heimat BKK übernimmt für Versicherte einmalig je Kalenderjahr die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung bis zu maximal 40 €. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung des Zahnarztes.

3. Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzungen dafür sind:

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

Die Heimat BKK erstattet die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

4. Medizinische Vorsorge

a) Vorsorge für Erwachsene

Über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus erstattet die Heimat BKK Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte Vorsorgeleistungen, soweit die Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen:

- jährliche Hautkrebsvorsorge (inklusive Auflichtmikroskopie), wenn mindestens ein Risikofaktor (wie z. B. eine positive Familienanamnese, heller Hauttyp) vorliegt,
- Glaukom-Vorsorge bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese oder hohe Myopie),
- Mammographie zur Brustkrebsvorsorgeuntersuchung für Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese),
- Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonographie) bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese, hohe Brustdichte),
- Ultraschalluntersuchung der Prostata bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese),
- Bluttest zur Bestimmung des PSA-Wertes bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese),
- Knochendichtemessung bei Verdacht auf Osteoporose bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese oder typische Fraktur nach dem 40. Lebensjahr),
- sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese im Einzelfall nach ärztlicher Verordnung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein

Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Derartige Risikofaktoren sind:

- a. erhöhtes Körpergewicht
- b. erhöhter Blutdruck
- c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- d. Atemwegserkrankungen
- e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
- f. Diabetes
- g. Rauchen
- h. Alkoholmissbrauch.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Die Heimat BKK erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 50 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen. Für eine Erstattung der sportmedizinischen Untersuchung und Beratung ist zusätzlich die ärztliche Verordnung vorzulegen.

b) Medizinische Vorsorge für Kinder und Jugendliche

Über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus erstattet die Heimat BKK auf Basis von § 23 SGB V Versicherten die Kosten für folgende, von Kinder- und Jugendärzten durchgeführte, Vorsorgeleistungen:

- Kinderuntersuchungen „U10“ und „U11“
- Jugenduntersuchungen „J2“.

Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (beispielsweise Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Verhaltensstörungen oder Sozialisationsstörungen) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die Leistungen kommen nur in Betracht, sofern sie nicht im Rahmen der Regelversorgung oder geltender Verträge von der BKK übernommen werden.

Die Heimat BKK erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 50 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

c) Vorsorge für Schwangere

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Heimat BKK Versicherten die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Leistungen, die im Einzelfall beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes im Mutterleib entgegenzuwirken und Risikofaktoren früh zu erkennen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:

- Toxoplasmosetest für Schwangere die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen,
- Ersttrimester Screening (Nackenfaltenmessung) für Risikoschwangere,
- Ultraschalluntersuchungen für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhten medizinischen Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes,
- serologische Untersuchungen auf Infektionen, z.B. HIV
- Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln und Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen
- Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

Die Heimat BKK erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 100 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

d) Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeuntersuchungen hinaus erstattet die Heimat BKK im Einzelfall die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin / einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

Die Heimat BKK erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 49,50 € je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind personalisierte Rechnungen und die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

5. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

Über die im SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die Heimat BKK versicherten Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie. Voraussetzungen dafür sind:

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

Die Heimat BKK erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 80 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

6. Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

a) Versicherte der Heimat BKK haben Anspruch auf ambulante medizinische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Behandlung ist notwendig, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- Die Heimat BKK schließt mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Buchstabe b).

b) Unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten trifft die Heimat BKK Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit solchen Leistungserbringern geschlossen, die als ausgewiesene Spezialisten auf ihrem Fachgebiet gelten. Weitere Voraussetzung für den Abschluss einer solchen Vereinbarung ist, dass der Leistungserbringer über eine Qualifikation verfügt, wie sie im 4. Kapitel des

SGB V für zugelassene Leistungserbringer beschrieben ist, und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellt.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

- c) Die Heimat BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Buchstabe b) getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung von Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Heimat BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

7. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufpauschale

Die Heimat BKK übernimmt für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufpauschale in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche bis zu 250 € je Schwangerschaft. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Pauschale beinhaltet täglich:

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

Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

8. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Geburtsvorbereitungskurs für Väter

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

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

Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

9. Flash-Glukose-Messsystem (FGM)

- 9.1) Die Heimat BKK übernimmt die Kosten der vollständigen Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle und Steuerung des Glukoseverlaufs zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- 9.2) Voraussetzungen sind, dass
- a) eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus oder eine Insulinpumpentherapie erfolgt,
 - b) bei den Versicherten eine Messhäufigkeit von durchschnittlich mindestens drei Blutzuckermessungen pro Tag vorliegt,
 - c) die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden können,
 - d) und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - aa. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - bb. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - cc. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie.“
- 9.3) Vor Behandlungsbeginn sind mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
- 9.4) Die Krankenkasse hat der Versorgung vor Beginn zugestimmt und übernimmt die Kosten für das Auslesegerät und - bezogen auf einen

Versorgungszeitraum von einem Jahr - die Kosten für höchstens 27 Sensoren, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten, abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V.

Die Folgeversorgung mit einem Lesegerät kommt frühestens nach 2 Jahren in Betracht. Die Genehmigung der Leistung und des Genehmigungszeitraums werden dem Versicherten von der Krankenkasse mitgeteilt.

§ 12a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nachdem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V), Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V) sowie nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung
 - a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement
 - a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 - b. Förderung von Entspannung
4. Suchtmittelkonsum
 - a. Förderung des Nichtrauchens
 - b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

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

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne 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 je Maßnahme gewährt.

Der Gesamtzuschuss für Leistungen der Primärprävention darf 160 Euro je Versichertem und Kalenderjahr nicht übersteigen.

§ 12b Schutzimpfungen

- I Die Heimat BKK erstattet die Kosten für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen in Höhe von 100%, max. bis 100 Euro für alle Impfkosten inklusive des ärztlichen Honorars je Kalenderjahr und Versicherten. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.
- II Der Anspruch nach Absatz I besteht nicht, sofern ein Anspruch auf die Schutzimpfungen gem. § 20i Abs. 1 SGB V besteht oder die Schutzimpfungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips erbracht wurden.
- III Absatz I. gilt ferner nicht, wenn die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, vom Arbeitgeber unentgeltlich angeboten werden, in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

§ 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 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.

§ 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, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme

- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I Die Heimat BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- II 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.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

a) Bonus für Erwachsene:

I Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein Bonus wird für folgende Maßnahmen gewährt:

1. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 SGB V
2. Schutzimpfungen nach § 20i SGB V
3. Regelmäßig zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V
4. Vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens nach § 65a Abs. 1 Nr. 3 SGB V:
 - Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder Sportverein
 - Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht sowie für die eine Vorbereitung erfolgt (beispielsweise Volks-/Stadtläufe und Radtouren)
5. Ablegen eines der folgenden Sport- oder Schwimmabzeichen:
 - Schwimmabzeichen gemäß der deutschen Prüfungsordnung „Schwimmen – Retten – Tauchen“ des Bundesverbandes zur Förderung der Schwimmbildung (BFS)
 - Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)
 - Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbands

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen. Zur Begründung eines Bonusanspruches sind mindestens zwei Maßnahmen nachzuweisen. Je Kalenderjahr ist jeweils eine Maßnahme aus dem Abs. I Nr. 1 bis 5 berücksichtigungsfähig.

- II Die Teilnehmer des Bonusprogramms nach Abs. I weisen die in Anspruch genommenen Maßnahmen durch eine Bestätigung des Leistungserbringers / Anbieters im Bonusheft der Heimat BKK nach. Das Bonusheft ist jeweils für ein Kalenderjahr gültig.
- III Versicherte nach Abs. I, die ihren Bonusanspruch gegenüber der Heimat BKK nachweisen, erhalten einen einmaligen Geldbonus. Die Höhe des Bonus richtet sich nach der Anzahl der nachgewiesenen Maßnahmen:

- 2 Maßnahmen = 40 €
- 3 Maßnahmen = 60 €
- 4 Maßnahmen = 80 €
- 5 Maßnahmen = 100 €.

b) Bonus für Kinder

- I** Versicherte Kinder, die nach dem 01.01.2016 geboren und seit der Geburt bei der Heimat BKK versichert sind, haben bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres einen Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Der Bonus wird für folgende Maßnahmen gewährt:
1. Nachweis aller für das 1. Lebensjahr vorgesehenen Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 nach § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB V
 2. Inanspruchnahme aller im 1. Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen nach § 20i SGB V
 3. Nachweis der Mutter über die Teilnahme an allen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach der Mutterschafts-Richtlinie.
- II** Die Teilnehmer des Bonusprogramms nach Abs. I weisen die in Anspruch genommenen Maßnahmen durch eine Bestätigung des Leistungserbringers / Anbieters im Bonusheft der Heimat BKK nach.
- III** Versicherte nach Abs. I, die ihren Bonusanspruch gegenüber der Heimat BKK nachweisen, erhalten einen einmaligen Geldbonus in Höhe von 200 €. Der Bonus wird an einen Erziehungsberechtigten ausgezahlt.

§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I** Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

- II Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mit einem Zeitumfang von mindestens 6 Stunden erfolgreich teilnehmen. Eine Teilnahme ist erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der Maßnahme durch einen Teilnehmer absolviert wurden.

Voraussetzung für einen Arbeitnehmerbonus ist, dass die Betriebskrankenkasse mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14a abgeschlossen hat.

- II Die Teilnehmer nach Abs. I weisen die erfolgreiche(n) Teilnahme(n) durch Vorlage einer Bescheinigung des Leistungserbringers / Anbieters nach.
- III Versicherte nach Abs. I, die ihren Bonusanspruch gegenüber der Heimat BKK nachweisen, erhalten einen einmaligen Geldbonus in Höhe von 50 €.

§ 14c Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Heimat BKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der Heimat BKK für die Versicherten tätig wird.
- III Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz II. Die gegenüber dem Anbieter

der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Heimat BKK.

- IV** Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung-, verarbeitung und –nutzung werden gewahrt.

§ 15 Krankengeld-Wahltarif

Die Heimat BKK bietet

- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes an, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 SGB V gewählt haben

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

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

Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben des Anhangs zu § 15, der Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 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

1. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen im Internet unter www.heimat-krankenkasse.de.
2. Eine Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet werden der Satzungstext in der jeweils aktuellen Fassung dauerhaft, sowie die vom Verwaltungsrat zuletzt beschlossenen Satzungsanträge mit Genehmigungsformel eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird in der Bekanntmachung dokumentiert.
3. Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für den Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in

§ 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.