HEIMAT
KRANKENKASSE

SATZUNG

DER HEIMAT KRANKENKASSE

mit den Satzungsnachträgen 1 bis 90

Stand: Oktober 2026

Artikel I
Inhalt der Satzung

ab Seite

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse ... 3
§ 2 Verwaltungsrat gemäß § 31 Abs. 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V ... 4
§ 3 Vorstand ... 7
§ 4 Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV ... 8
§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V ... 10
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 SGB V ... 11
§ 7 Aufbringung der Mittel ... 12
§ 8 Bemessung der Beiträge ... 13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Abs. 1 SGB V ... 13
§ 10 Fälligkeit der Beiträge ... 13
§ 10a Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V ... 14
§ 11 Höhe der Rücklage gemäß § 261 Absatz 2 SGB V ... 14
§ 12 Leistungen ... 14
§ 12a Primärprävention gemäß § 20 Absatz 1 und Absatz 2, Absatz 4 Nr.1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 5 SGB V ... 24
§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 2 SGB V ... 25
§ 12c Leistungsausschluss ... 25
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen ... 26
§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung ... 26
§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme ... 27
§ 13c Wahltarif besondere Versorgung ... 27
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten gemäß § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V ... 27
§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 31
§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen ... 32
Gesundheitsförderung ... 32
§ 14c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V ... 32
§ 15 Krankengeld-Wahltarif ... 33
§ 16 Kooperation mit der PKV ... 33
§ 17 Aufsicht ... 33
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband ... 33
§ 19 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG ... 34
§ 20 Bekanntmachungen ... 34

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 Bezirk 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 Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführtenGebiete der Länder:

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 gemäß § 31 Abs. 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V

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 Arbeitgebervertreters 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 Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.

In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats vollständig digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Heimat BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten.

VII In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Heimat BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

VIII 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.

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

X 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.

XI Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

§ 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 Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 33602 Bielefeld, Herforder Straße 23.

II 1. Der Widerspruchsausschuss 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 Widerspruchsausschusses 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 Sitzungen des Widerspruchssauschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen.

In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchssauschusses vollständig digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchssauschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Heimat BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchssauschusses der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten.

IV In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchssauschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Heimat BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

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

VI 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 gemäß §§ 5 bis 10 SGB V

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 schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, 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 nach § 175 Abs. 4 SGB V

I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals 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 Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz I Satz 4 gilt entsprechend. 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 Absatz 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 Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz I Satz 5 und Satz 6.

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

IV Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des Anhangs zu § 15 Absatz 3 und Absatz 4, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Absatz 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Absatz 2 ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 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 gemäß § 242 Abs. 1 SGB V

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 3,9 % 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).

§ 10a Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 11 Höhe der Rücklage gemäß § 261 Absatz 2 SGB V

Die Rücklage beträgt **20 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 § 29 SGB XI.

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 Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

III 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.

IV Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

   a) als dasjenige, für das die Heimat BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
   b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
   Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Heimat BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 (a) ist um pauschal 30 v.H. als Abschlag für die der Heimat BKK entgangenen Vertragsrabatte und die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittels zu kürzen.

   Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 (b) nach § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V ist um einen Abschlag in Höhe von 30 v.H. für die Heimat BKK entgangenen Vertragsrabatte und für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abschlag erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis zu berechnen.

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

V 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 80 €. 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,
- 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 für eine Untersuchung je Kalenderjahr in Höhe des Rechnungsbetrages, bis zu einem Betrag von insgesamt 60 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

5. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

Die Heimat BKK erstattet ihren minderjährigen Versicherten über die Altersgrenze des § 34 Absatz 1 Satz 5 Nr. 1 SGB V hinaus 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. 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 oder in elektronischer 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 abzubrechen 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 Begleitpersonen

Die Heimat BKK übernimmt je Schwangerschaft die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs . 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 Heimat BKK erstattet die Kosten in Höhe des Rechnungsbetrages, bis zu einem Betrag von 130 Euro.

Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

§ 12a Primärprävention gemäß § 20 Absatz 1 und Absatz 2, Absatz 4 Nr.1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 5 SGB V

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. multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
   b. Förderung von Entspannung und Erholung

4. Suchtmittelkonsum
   a. Förderung des Nichtrauchens
   b. risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.

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

Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

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 200 Euro je Versichertem und Kalenderjahr nicht übersteigen.

§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 2 SGB V

I Die Heimat BKK erstattet die Kosten für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen in Höhe von 100%, max. bis 300 Euro für alle Impfkosten inklusive des 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 Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 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 oder in elektronischer 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 Bundesamt für Soziale Sicherung 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 oder in elektronischer 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 gemäß § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V

a) Bonusprogramm für Versicherte ab Vollendung des 16. Lebensjahres

I Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.

Gemäß § 65a Abs. 1 SGB V wird ein Bonus für folgende Maßnahmen gewährt:

1. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 SGB V und § 25a SGB V, i. V. m. den Richtlinien des G-BA,
2. zahnärztliche Untersuchungen gemäß § 22 Abs. 1 oder nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V,
3. Gesundheitsuntersuchungen gem. § 26 SGB V i. V. m. der Richtlinie des G-BA oder in Ergänzung zur Kinderrichtlinie eine von Kinder- und Jugendärzten durchgeführte zusätzliche Kinderuntersuchung (J2),
4. Durchführung von Schutzimpfungen gem. § 20i SGB V.

Werden Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V mehrstufig durchgeführt, wird für die Stufen, die innerhalb eines Nachweiszeitraumes durchgeführt werden, Vollständigkeit gefordert, um einen Bonus zu erreichen (Schutzimpfungen).

Für Impfungen, die ggf. in Teilinjektionen zur Erreichung des vollständigen Impfschutzes verabreicht werden, ist für die Zuordnung zum Bonusjahr das Datum der letzten Impfung maßgeblich.

Gemäß § 65a Abs. 1a SGB V wird ein Bonus für folgende Maßnahmen gewährt, wobei je Kalenderjahr jeweils eine Maßnahme aus den Nr. 1 bis 4 berücksichtigungsfähig ist:

1. regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V,
2. Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,
3. Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in einem qualitätsgesicherten Sportverein,
4. Nachweis einer der folgenden Aktivitäten - einschließlich eines unter qualifizierter Anleitung durchgeführten Trainingsvorlaufs:
   - Ablegen eines Schwimmabzeichens gemäß der deutschen Prüfungsordnung „Schwimmen – Retten – Tauchen“ des Bundesverbandes zur Förderung der Schwimmausbildung (BFS),
   - Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB),
   - Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbands,
   - Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht (beispielsweise Volks-/Stadtläufe und Radtouren),
5. Body Mass Index im Normbereich und Nichtraucher seit mindestens 6 Monaten (Nachweis durch ärztliche Bescheinigung), wenn diese Maßnahmen

in Kombination mit anderen Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V bonifiziert werden.

Die Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V sind innerhalb eines Kalenderjahres wahrzunehmen.

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 je nachgewiesener Maßnahme einen Bonus in Höhe von

7,50 Euro für Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V sowie

25,00 Euro für Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

IV Werden die Maßnahmen nach Abs. I nicht bis spätestens zum 30.09. des Folgejahres nachgewiesen, verfällt der Anspruch auf einen Bonus.

b) <u>Bonusprogramm für Versicherte bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres</u>

I Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres einen Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.
Gemäß § 65a Abs. 1 SGB V wird der Bonus für folgende Maßnahmen gewährt:

1. Gesundheitsuntersuchungen gem. § 26 SGB V i. V. m. der Richtlinie des G-BA,
2. Durchführung von Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten gem. § 20i SGB V.

Werden Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V mehrstufig durchgeführt, wird für die Stufen, die innerhalb eines Nachweiszeitraumes durchgeführt werden, Vollständigkeit gefordert, um einen Bonus zu erreichen (Schutzimpfungen).

Für Impfungen, die ggf. in Teilinjektionen zur Erreichung des vollständigen Impfschutzes verabreicht werden, ist für die Zuordnung zum Bonusjahr das Datum der letzten Impfung maßgeblich.

II Die Erziehungsberechtigten der Kinder nach Abs. I weisen die in Anspruch genommenen Maßnahmen durch eine Bestätigung des Leistungserbringers im Bonusheft der Heimat BKK nach.

III Versicherte nach Abs. I, die ihren Bonusanspruch gegenüber der Heimat BKK nachweisen, erhalten je nachgewiesener Maßnahme einen Bonus in Höhe von 10,00 Euro. Der Bonus wird an einen Erziehungsberechtigten ausgezahlt.

IV Werden die Maßnahmen nach Abs. I nicht bis spätestens zum 2. Geburtstag des bonusberechtigten Kindes nachgewiesen, verfällt der Anspruch auf einen Bonus.

c) <u>Bonusprogramm für Versicherte ab dem vollendeten 1. Lebensjahr bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres</u>

I Versicherte Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 1. Lebensjahr bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.

Gemäß § 65a Abs. 1 SGB V wird für folgende Maßnahmen ein Bonus gewährt:

1. Gesundheitsuntersuchungen gem. § 26 SGB V i. V. m. der Richtlinie des G-BA, oder in Ergänzung zur Kinderrichtlinie eine von Kinder- und Jugendärzten durchgeführte zusätzliche Kinderuntersuchung (U10, U11),
2. zahnärztliche Untersuchungen gemäß § 22 Abs. 1 SGB V und § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe),
3. Durchführung von Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten gem. § 20i SGB V.

Werden Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V mehrstufig durchgeführt, wird für die Stufen, die innerhalb eines Nachweiszeitraumes durchgeführt werden, Vollständigkeit gefordert, um einen Bonus zu erreichen (Schutzimpfungen).

Für Impfungen, die ggf. in Teilinjektionen zur Erreichung des vollständigen Impfschutzes verabreicht werden, ist für die Zuordnung zum Bonusjahr das Datum der letzten Impfung maßgeblich.

Gemäß § 65a Abs. 1a SGB V wird für folgende Maßnahmen ein Bonus gewährt, wobei je Kalenderjahr jeweils eine Maßnahme aus den Nr. 1 bis 3 berücksichtigungsfähig ist:

1. Nachweis einer der folgenden Aktivitäten:
   - Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,
   - Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in einem qualitätsgesicherten Sportverein,
   - regelmäßige Teilnahme am Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Übungsleitung,
   - Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht sowie für die eine Vorbereitung unter qualifizierter Anleitung erfolgt (beispielsweise Volks-/Stadtläufe und Radtouren),

2. Ablegen des Schwimm- oder Sportabzeichens eines qualifizierten Sportbundes bzw. eines Sportverbands (z. B. das Leistungsabzeichen des Deutschen Sportbundes oder des Deutschen Schwimmverband e.V.) - einschließlich eines unter qualifizierter Anleitung durchgeführten Trainingsvorlaufs,

3. Teilnahme an einer der folgenden Leistungen zur Prävention:
   - regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V,
   - Teilnahme an qualitätsgesicherten Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gem. § 20a SGB V.

Die Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V sind innerhalb eines Kalenderjahres wahrzunehmen.

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 je nachgewiesener Maßnahme einen Bonus in Höhe von

7,50 Euro für Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V,

15,00 Euro für Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V.

Der Bonus wird einem Erziehungsberechtigtem ausgezahlt.

IV Werden die Maßnahmen nach Abs. I nicht bis spätestens zum 30.09. des Folgejahres nachgewiesen, verfällt der Anspruch auf einen Bonus.

§ 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 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 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 Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 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 Satzungsnachträge 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.

HEIMAT
KRANKENKASSE

Entschädigungsregelung der Heimat Krankenkasse
Anlage zu § 2 Abs. VIII der Satzung

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Tagegeld

- Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes

  Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

2. Übernachtungsgeld

- Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes (BRKG)

  Übernachtungsgeld wird als Pauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 gewährt, sofern keine höheren tatsächlichen Kosten nachgewiesen werden. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab nach § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

3. Fahrkosten

- Es werden die tatsächlichen Beförderungskosten erstattet.
- Die Mitglieder haben selbstverantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Neben den entstandenen Fahrkosten für die Hin- und Rückreise werden auch die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z.B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.
- Folgende Kosten können erstattet werden:
  - Für Bahnreisende werden die Kosten für die erste Wagenklasse sowie die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens, jedoch unter Anrechnung dieser Kosten auf das Übernachtungsgeld, erstattet.
  - Bei Flugreisen sind grundsätzlich nur die Kosten für die Benutzung der Economy (Touristen-)Klasse als erforderliche Aufwendung anzusehen.
  - Bei der Benutzung des Kraftwagens wird ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 € je Kilometer gezahlt. Mit diesem Entschädigungssatz sind auch die Kosten für die Mitnahme weiterer Dienstreisender abgegolten.

HEIMAT
KRANKENKASSE

Weitere Entschädigungen oder Pauschbeträge im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.

II. Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrag des Verwaltungsrats oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach Absatz I. Ziffer 1 bis 3.

Bielefeld, den 06.12.2023

Für den Verwaltungsrat

José Meine

Daniel Jost

Hinweise:

Tagegeld nach dem BRKG:

Tagegeld wird dann gewährt, wenn die Dienstreise mindestens 8 Stunden dauert. Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Es beträgt bei einer Abwesenheit von

- von mehr als 8 Stunden → 15,- €
- von mindestens 24 Stunden → 30,- €

Bei unentgeltlicher Verpflegung sind die Pauschalen nach § 6 BKRG entsprechend zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach dem BRKG:

Für eine notwendige **Übernachtung** erhalten Dienstreisende pauschal 20,- €. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

Anhang zu § 15 der Satzung der Heimat BKK
(Stand: Januar 2023)

Krankengeld-Wahltarif

Teilnahme

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

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

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

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

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

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

Obliegenheiten der Teilnehmer

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

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

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

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den

Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

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

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

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

Anspruch

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

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

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

    1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
    2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei

Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der HEIMAT BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die HEIMAT BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

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

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

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

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

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

Zahlung

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

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
    1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der HEIMAT BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,
    2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der HEIMAT BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

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

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der HEIMAT BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der HEIMAT BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

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

Anhang zu § 19 Abs. II
der Satzung der Heimat BKK

(Stand Oktober 2026)

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft nach dem AAG

§ 1 Anwendung von Satzungsbestimmungen

Die Regelungen der übrigen Teile der Satzung der Heimat BKK finden in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen entsprechende Anwendung, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für
- die Organe der Selbstverwaltung
- den Widerspruchsausschuss
- die Aufstellung des Haushaltsplanes und den Rechnungsabschluss

§ 2 Verwaltungsrat

Für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat und seinen Ausschüssen nur die Vertreter der Arbeitgeber gem. § 2 der Satzung der Heimat BKK mit.

§ 3 Widerspruchsausschuss

Für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens gelten die Vorschriften für den Widerspruchsausschuss gem. § 4 der Satzung der Heimat BKK mit der Maßgabe, dass die Versichertenvertreter bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens von der Mitwirkung ausgeschlossen sind. Die Geschäftsordnung des Widerspruchsausschusses gilt entsprechend.

§ 4 Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber

(1) An dem Ausgleichsverfahren gem. § 1 Abs. 2 AAG (U2) nehmen die Arbeitgeber ohne Rücksicht auf die Anzahl ihrer Beschäftigten teil, wenn die Arbeitnehmer bei der Heimat BKK versichert sind.

(2) Für Arbeitnehmer, die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, gilt § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend.

(3) Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 4 (U2-Verfahren) nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.

HEIMAT
KRANKENKASSE

§ 5 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis

(1) Die am Umlageverfahren teilnehmenden Arbeitgeber bringen die zur Durchführung des Ausgleichs erforderlichen Mittel nach Maßgabe des § 7 Abs. 2 AAG jeweils durch eine Umlage auf.

(2) Der Umlagesatz für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) beträgt

0,17 v.H.

der umlagepflichtigen Einnahmen.

§ 6 Fälligkeit der Umlage

Für die Fälligkeit der Umlagen gilt § 23 Abs. 1 SGB IV entsprechend.

§ 7 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

(1) Die Heimat BKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

a.) den vom Arbeitgeber gemäß § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe.

b.) das im Rahmen des § 11 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Arbeitsentgelt sowie die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG in voller Höhe.

(2) Die Heimat BKK gewährt auf schriftlichen Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 Abs. 2 AAG. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Umlagebeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß entrichtet hat.

(3) Die Erstattung wird auf Antrag erbracht.

§ 8 Bildung von Betriebsmitteln

(1) Die Heimat BKK verwaltet die Mittel für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft als Sondervermögen.

(2) Es werden für die Bestreitung der Aufgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft Betriebsmittel gebildet.

(3) Die Betriebsmittel dienen zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabenschwankungen. Sie dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für 3 Monate nicht überschreiten.

§ 9 Haushaltsplan

Für die Durchführung der Aufgaben nach diesem Anhang wird ein eigener, in Einnahme und Ausgabe ausgeglichener, Haushaltsplan jeweils für die einzelnen Ausgleichsverfahren aufgestellt (§ 70 Abs. 1 SGB IV gilt entsprechend).

§ 10 Rechnungsabschluss

(1) Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

(2) Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsprüfung.