BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

Die Krankenkasse für Kirche und Diakonie

SATZUNG vom 01.01.2010

Stand: 31.10.2019

in der Fassung des Nachtrags 39 und 41

Inhaltsverzeichnis

Artikel I ... 3
Inhalt der Satzung ... 3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse ... 3
§ 2 Verwaltungsrat ... 4
§ 3 Vorstand ... 8
§ 4 Widerspruchsausschuss ... 9
§ 5 Kreis der versicherten Personen ... 11
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft ... 17
§ 7 Aufbringung der Mittel ... 18
§ 8 Bemessung der Beiträge ... 18
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag ... 18
§ 9a Ausgleichsverfahren ... 19
§ 10 Fälligkeit der Beiträge ... 19
§ 10 a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen ... 20
§ 11 Höhe der Rücklage ... 20
§ 12 Leistungen ... 20
§ 12 a Primärprävention ... 28
§ 12 b Schutzimpfungen ... 30
§ 12 c Leistungsausschluss ... 31
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen ... 31
§ 13 a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung ... 31
§ 13 b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme ... 32
§ 13 c Wahltarif integrierte Versorgung ... 33
§ 13 d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ... 33
§ 13 e Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 38
§ 13 f Persönliche elektronische Gesundheitsakte ... 39
§ 13 g Wahltarif besondere Versorgung ... 39
§ 14 Krankengeldwahltarif ... 40
§ 15 Kooperation mit der PKV ... 41
§ 16 Aufsicht ... 41
§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband ... 41
§ 18 Bekanntmachungen ... 41
§ 19 Veröffentlichung der Jahresergebnisse ... 41
Artikel II ... 42
Inkrafttreten ... 42
Anlage zu § 2 der Satzung - Entschädigungsregelung - ... 43
§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung ... 43
§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung ... 43
§ 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge ... 44
§ 4 Pauschbetrag für Zeitaufwand ... 44
§ 5 Pauschbetrag für Auslagen außerhalb von Sitzungen ... 45
Anlage zu § 9 b der Satzung - Ausgleichsverfahren ... 46
§ 1 Anwendbare Vorschriften ... 46
§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch ... 46
§ 3 Aufbringung der Mittel ... 46
§ 4 Fälligkeit der Umlage ... 47
§ 5 Umlagebeitragssätze ... 47
§ 6 Widerspruchsausschuss ... 47
§ 7 Organe, Zusammensetzung ... 47
§ 8 Haushaltsplan, Jahresrechnung ... 48
Anlage zu § 14 der Satzung - Krankengeld-Wahltarif ... 49

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Diakonie. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in:

Königsweg 8, 33617 Bielefeld.

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

a) Die v. Bodelschwinghschen Stiftungen - Bethel, Sarepta, Nazareth und ihre Niederlassungen in 27259 Freistatt, 33617 Bielefeld, 33647 Bielefeld, 33689 Bielefeld, 58339 Breckerfeld-Zurstraße, 10317 Berlin, 13502 Berlin, 20099 Hamburg, 20459 Hamburg, 22565 Hamburg, 22880 Wedel, 23795 Bad Segeberg, 24103 Kiel, 26121 Oldenburg, 28195 Bremen, 29307 Bremen, 30559 Hannover, 38875 Elbingerode, 41065 Mönchengladbach, 41236 Mönchengladbach, 41515 Grevenbroich, 42489 Wülfrath, 45481 Mühlheim, 44143 Dortmund, 47918 Tönisvorst, 48356 Nordwalde, 53879 Euskirchen, 55590 Meisenheim, 57074 Siegen, 64287 Darmstadt, 64367 Mühltal, 72622 Nürtingen, 78224 Singen, 01326 Dresden, 90518 Altdorf, 19055 Schwerin.

b) Der Verein Hoffnungstal e.V. in 16321 Lobetal, die Außenheime in 16320 Blütenberg, 16818 Dreibrück, 15537 Erkner, 16225 Eberswalde, 16230 Klobbicke, 15526 Reichenwalde, 03130 Spremberg, 16792 Zehdenick, 16348 Prenden, 16321 Rüdnitz, den Hoffnungstaler Werkstätten gGmbH Biesenthal, 16359 Biesenthal, sowie die Diakoniestation Klosterfelde Bernau gGmbH, 16348 Klosterfelde.

c) Folgende Dienststellen des Landesverbandes Lippe:

1. Verbandsleitung mit den Zentralen Diensten in Lemgo

2. Immobilienabteilung in Lemgo

3. Forstabteilung in Horn-Bad Meinberg

4. Lippische Landesbibliothek in Detmold

5. Lippische Landesmuseum in Detmold

6. Lippische Kulturagentur in Lemgo

7. Denkmal-Stiftung des Landesverbandes Lippe

8. Staatsbad Meinberg GmbH sowie

d) Betrieb der Staatsbad Salzuflen GmbH in Bad Salzuflen.

III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Gebiete der Länder:

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

§ 2 Verwaltungsrat

I.

a) Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

b) Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

c) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

d) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

II.

a) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder

10 Versichertenvertreter und

10 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

b) Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der BKK Diakonie versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Er hat bei

0 bis 25 Versicherten eine Stimme,

26 bis 50 Versicherten zwei Stimmen,

51 bis 75 Versicherten drei Stimmen,

76 bis 100 Versicherten vier Stimmen und

je weiteren 1 bis 20 Versicherten eine weitere Stimme bis zur Höchstzahl von 100 Stimmen.

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

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:

a) alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

b) den Haushaltsplan festzustellen,

c) über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

d) den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

e) 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 auf längere Zeit nicht besetzt ist,

f) gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

g) über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

h) über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,

i) Für jedes Geschäftsjahr hat der Verwaltungsrat zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß §§ 31 und 29a SVHV i. V. m. Abs. 1a SGB IV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen.

IV. 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 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. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

Der Verwaltungsrat ist in folgenden Angelegenheiten beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder mindestens ¾ der Stimmen auf sich vereinen:
- freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen nach § 150 SGB V oder § 171a SGB V.

IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, bei

a) Angleichung von Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,

b) Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,

c) Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,

d) Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen,

e) Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten

oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen.

Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat in dringenden Angelegenheiten ausnahmsweise ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint.

Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung zur Jahresrechnung und zum Haushaltsplan ist ausgeschlossen.

Wenn mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 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.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

a) dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

b) dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

c) dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

d) den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

e) jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,

f) die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

g) eine Kassenordnung aufzustellen,

h) die Beiträge einzuziehen,

i) Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

j) 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

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

Königsweg 8, 33617 Bielefeld

II.

a) Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 3 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse mit 3 Stimmen.

b) Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

c) 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.

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

e) Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

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

g) Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

h) Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

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 und 2 SGB IV i. V. mit § 69 Abs. 2, 3 und § 5 Satz 1, 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

a) Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

b) als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V gelten die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,

c) Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

d) Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

e) Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

f) Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

g) Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

h) behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

i) behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

j) Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur

versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

k) Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

l) Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren. Auf die nach Satz 1 Nr. 11 erforderliche Mitgliedszeit, wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

m) Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

n) Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

1) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

2) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung.

wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit waren, erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrages privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V oder die Voraussetzungen des Unterpunkts I) ,

o) Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung national-sozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben,

p) Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

1) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder

2) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

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

a) Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren. Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.

b) Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,

c) Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.

d) schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind,

e) Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,

f) innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungs-

bereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

g) Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.

III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

a) sie zu dem in § 1 Abs. II und III der Satzung genannten Bereich gehören oder

b) vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder

c) der Ehegatte/Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

d) sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

e) sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

f) 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 Betriebskrankenkasse 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 Zusatzbeitragssatz oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitragssatz erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz 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 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitragssatz 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 zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

III. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV. Wenn ein Wahltarif nach § 14 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der § 14 Anlage Absatz 3 aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 14 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „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 Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von Ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 vom Hundert monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I. Die 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; 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 Zusatzbeitragssatzes 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 SGB V)

§ 10 a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

I. Mahngebühren

Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine Mahngebühr erhoben.

Die Mahngebühr beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens 5 Euro und höchstens 150 Euro.

II. Beitragsvorschüsse

a) Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
- bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
- die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
- die keine Beitragsnachweise einreichen.

b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für 3 Monate gefordert werden.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§24c bis 24i SGB V)

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§20 bis 24b SGB V)
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung einer Krankheit (§§27 bis 52 SGB V)
- 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. Häusliche Krankenpflege

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

III. Haushaltshilfe

Es gelten gesetzliche Bestimmungen.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

Die Zahlung ist nicht vorgesehen.

V. Kostenerstattung

a) 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.

b) 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).

c) Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle 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.

d) Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

e) Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

f) Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 €, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

g) 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 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.

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

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

a) Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 45 v.H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte

sowie 10 v.H. als Abschlag für höhere Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

b) § 12 Abs. V Buchstabe d) und e) gelten.

VII. Zusätzliche Satzungsleistungen

Die BKK Diakonie gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

a) Geburtsvorbereitungskurs für den Partner

Zusätzlich werden über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft hinaus die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für den Partner in Höhe von 100%, max. 80 EUR, je Schwangerschaft übernommen, sofern beide Elternteile bei der BKK Diakonie versichert sind und die Leistungen von nach Hebammengesetz (HebG) anerkannten Hebammen oder solchen, die die Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V erfüllen, erbracht.

b) Erstattung für Professionelle Zahnreinigung

Die BKK Diakonie erstattet ihren Versicherten zweimal jährlich die Kosten für eine beim zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigung. Die Erstattungskosten betragen maximal 50,00 € pro in Anspruch genommener professioneller Zahnreinigung und ist begrenzt auf 80,00 € im Jahr. Zur Erstattung sind der BKK Diakonie die detaillierten Rechnungen der Zahnärzte vorzulegen.

c) Rufbereitschaft Hebammen

Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK Diakonie Kosten, die für die Rufbereitschaft der

Hebamme in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 300 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erststattet. Zur Erstattung ist der BKK Diakonie die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

Der Anspruch auf Leistungen nach Satz 4 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. März 2013 geendet hat.

d) Medizinische Vorsorge, Osteopathie und Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln

1) Medizinische Vorsorge

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die BKK Diakonie Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte Leistungen:

- Jährliche Hautkrebsvorsorge inklusive Auflichtmikroskopie, wenn ein Risikofaktor wie zum Beispiel eine positive Familienanamnese oder eine erhöhte Hautpigemntierung vorliegt, sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch im Rahmen der Regelversorgung besteht

- Glaukom-Vorsorge bei vorliegenden Risikofaktoren Sehstörungen, erhöhter Augeninnendruck, Diabetes

- Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung für Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei vorliegenden Risikofaktoren wie bspw. diagnostizierter Brustkrebserkrankung im familiären Umfeld

- Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonographie) bei vorliegenden Risikofaktoren wie bspw. diagnostizierter Brustkrebserkrankung im familiären Umfeld

- Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei Risikofaktoren wie diagnostizierten Vorerkrankungen im familiären Umfeld, bspw. Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen

- Versicherte erhalten bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen des Krankheitsrisikos der Osteoporose eine Erstattung für die Kosten einer Knochendichtemessung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen. Der Anspruch auf diese Untersuchung besteht unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung für weibliche Versicherte ab 55 Jahren, für männliche Versicherte ab 65 Jahren, für maximal 1 Untersuchung pro Jahr, bei Wiederholung frühestens nach 2 Jahren. Voraussetzung ist, dass für Versicherte kein Anspruch auf die Knochendichtemessung im Rahmen der Regelleistung besteht.

- Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. 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.

Voraussetzungen für alle unter Punkt 1) aufgeführten zusätzlichen Leistungen ist, dass bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen

oder die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermieden werden kann.

Die BKK Diakonie erstattet für die aufgeführten Zusatzleistungen die Kosten bis zu einem maximalen Betrag von 200 € pro Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

2) Osteopathie (§ 32 SGB V)

Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen. Die Behandlung muss medizinisch geeignet sein, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken und die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein. 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 Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal vier Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 Euro je Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen und ärztliche Verordnungen einzureichen.

Die Erstattung für die medizinische Vorsorge und den Bereich Osteopathie ist in der Summe auf einen maximalen Erstattungsbetrag von 200 € pro Jahr und Versicherten begrenzt.

3) Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln

Die BKK Diakonie übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, sofern deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder

Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden. Von der Versorgung nach Satz 1 ausgenommen sind Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1, Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des GBA bleibt unberührt.

Die BKK Diakonie erstattet die Kosten, sofern sie von einem Vertragsarzt oder einem nach §13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf einem Privatrezept verordnet wurden.

Der Arzt muss Mitglied im Deutschen Zentralverein Homöopathischer Ärzte e.V. sein und muss entsprechende Qualifikationsnachweise dem Zentralverein vorlegen.

§ 12 a Primärprävention

Die BKK Diakonie gewährt ausgewählte Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung) der Versicherten. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Die Leistungen werden erbracht als Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach
§ 20 Absatz 5 SGB V, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V. Die Ausgestaltung dieser Leistungen erfolgt auf Basis des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention werden in den folgenden Handlungsfeldern gewährt:

1. Bewegungsgewohnheiten:

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

2. Ernährung:

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

3. Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

4. Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

Für Leistungen im Rahmen der Primärprävention, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, beteiligt sich die BKK Diakonie bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten je Kurs in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten bis max. 100,00 €.

Die Förderung ist auf max. 2 Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Darüber hinaus wird für mehrtägige Kompaktangebote, wie z. B. die BKK Aktiv- oder Gesundheitswoche, ein Zuschuss von bis zu 160,00 € je Maßnahme gewährt.

§ 12 b Schutzimpfungen

I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20 i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

II. Bei den weiteren Schutzimpfungen handelt es sich um Grippeschutzimpfungen.

III. Versicherte haben darüber hinaus Anspruch auf Zuschüsse zu den Kosten für folgende Schutzimpfungen.

a) Japanische Enzephalitis

b) FSME

c) Hepatitis A + B

d) Meningokokken-Meningitis

e) Typhus

f) Cholera

g) Gelbfieber

h) Poliomyelitis

i) Tollwut

Der Zuschuss zu den Impfstoffen beträgt im Kalenderjahr pro Versicherten 100%. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

§ 12 c Leistungsausschluss

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

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

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

§ 13 a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

I. Die BKK Diakonie 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

Kassenärztliche Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung 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.

§ 13 b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I. Die Betriebskrankenkasse führt folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

a) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1

b) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2

c) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

d) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

e) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma

f) Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

II. Für die Versicherten ist die Teilnahme an Programmen nach Absatz I. freiwillig. Die Einwilligung kann widerrufen werden.

§ 13 c Wahltarif integrierte Versorgung

§ 13 c entfällt ersatzlos.

§ 13 d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Versicherte, die das 17. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein Bonus wird für folgende Maßnahmen gewährt:

a) Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 SGB V

b) Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nach § 22 Abs. 1 oder nach § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V

c) Qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

d) Schutzimpfungen nach § 20i SGB V

e) Qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung

- regelmäßige Teilnahme an einer qualitätsgesicherten sportlichen Aktivität, sofern sie unter § 65a Absatz 1 subsumierbar und dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten im Leitfaden Prävention zugeordnet werden kann. Dazu gehören zum Beispiel:
  - Lauftreff
  - Nordic Walking Gruppe

- Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz, sofern die Maßnahme § 65a Abs. 1 SGB V und einem Handlungsfeld des Leitfaden Prävention im individuellen Ansatz zugeordnet werden können. Dazu gehören:
  - Vorträge/Workshops zur Förderung von Stressbewältigungs-kompetenzen und Entspannung (z.B. Burnout-Prävention)
  - Vorträge/ Workshops zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung und zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (z.B. gesunde Ernährung bei Schichtarbeit)
  - Vorträge/Workshops zum verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln (z.B. verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol im Alltag)
  - Vorträge/Workshops zur Aufklärung über gesundheitsförderliche Bewegungsmaßnahmen (z.B. Gesundheitsförderliche Aspekte von Ausdauertraining)
- Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
- Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Sportverein
- Bewegungsangebote im Betriebs/oder Hochschulsport
- Aktive Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei der eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht sowie eine entsprechende Vorbereitung erfolgt

- Ablegen des Sportabzeichens/ Schwimmabzeichens/ Wanderabzeichens (DOSB, DLRG, Deutscher Wanderverband)
- Der Body Mass Index liegt im altersgerechten Normbereich
- Nichtraucher seit mindestens 6 Monaten
- Wanderung über den DAV oder den deutschen Wanderverband, organisierte Radtouren über den ADFC
- Qualifizierte Rückbildungsgymnastik, die durch eine qualifizierte Hebamme im Sinne des Hebammengesetzes erbracht wird

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen. Zur Begründung eines Bonusanspruchs sind mindestens eine Maßnahme gemäß 22 Abs. 1 SGB V, § 25 SGB V oder § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V und der Nichtraucherstatus, insgesamt aber vier Maßnahmen, nachzuweisen.

II. Versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Der Bonus wird für folgende Maßnahmen gewährt:

a) Nach § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgesehene Kinder- und Jugenduntersuchungen (U1-U9/J1)

b) Zahnärztliche Untersuchungen gemäß § 22 Abs. 1 SGB V und § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V

c) Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe)

d) Qualitätsgesicherte Leistungen der primären Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V

e) Schutzimpfungen nach § 20i SGB V

f) Qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung

- regelmäßige Teilnahme an einer qualitätsgesicherten sportlichen Aktivität, sofern sie unter § 65a Absatz 1 subsumierbar und dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten im Leitfaden Prävention zugeordnet werden kann. Dazu gehören zum Beispiel:
    - Lauftreff
    - Nordic Walking Gruppe

- Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz, sofern die Maßnahme § 65a Abs. 1 SGB V und einem Handlungsfeld des Leitfaden Prävention im individuellen Ansatz zugeordnet werden können. Dazu gehören:
    - Vorträge/Workshops zur Aufklärung über gesundheitsförderliche Bewegungsmaßnahmen (z.B. Gesundheitsförderliche Aspekte von Ausdauertraining)
    - Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
    - Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Sportverein
    - Aktive Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei der eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht sowie eine entsprechende Vorbereitung erfolgt
    - Ablegen des Sportabzeichens/ Schwimmabzeichens/ Wanderabzeichens (DOSB, DLRG, Deutscher Wanderverband)
    - Wanderung über den DAV oder den deutschen Wanderverband, organisierte Radtouren über den ADFC

g) Der Body Mass Index liegt in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht im Normbereich (ab 7 Jahren nachweisbar)

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen. Zur Begründung eines Bonusanspruchs sind mindestens eine Maßnahme gemäß § 21 SGB V, § 22 Abs. 1 SGB V oder § 26 Abs. 1 und 2 SGB V, insgesamt aber mindestens drei Maßnahmen nachzuweisen.

III. Die Teilnehmer des Bonusprogrammes weisen die in Anspruch genommenen Maßnahmen durch die Bestätigung des qualitätsgesicherten Leistungserbringers / Anbieters im Bonusheft der BKK Diakonie nach. Die Gesundheitswerte Nichtraucherstatus und Body Mass Index sind durch einen Arzt zu bestätigen. Bei Verlust des Bonusheftes ist der Nachweis auf andere Weise zu erbringen. Die Kosten für die Nachweise werden von der BKK Diakonie grundsätzlich nicht übernommen. Mit dem Einreichen des Bonusheftes für das Teilnahmejahr erklärt der Teilnehmende seine Aktivitäten für den aktuellen Zeitraum für beendet. Weitere Maßnahmen werden von der BKK Diakonie nicht berücksichtigt.

IV. Versicherte, die ihren Bonusanspruch gegenüber der BKK Diakonie durch das Bonusheft nachweisen, erhalten einen Bonus. Der Bonus wird dem Versicherten in Form eines einmaligen Geldbonus gewährt. Für Teilnehmer am Bonusprogramm, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird die Prämie dem Erziehungsberechtigten zugeschrieben.

V. Die Höhe der Geldprämie richtet sich nach der Anzahl der nachgewiesenen Maßnahmen:

Versicherte ab Vollendung des 17. Lebensjahres:

- 4 Maßnahmen = 50 € (Grundbonus)
- 7 Maßnahmen = 100 € (Bonusstufe 2)
- 10 Maßnahmen = 150 € (Bonusstufe 3)

Für die Bonusstufe 2 muss der Teilnehmende das Nichtraucherkriterium erfüllen, mindestens eine Maßnahme gemäß § 22 Abs. 1 SGB V, § 25 SGB V oder § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V und eine sportliche Aktivität nachweisen. Vier weitere Maßnahmen sind frei wählbar.

Für die Bonusstufe 3 muss der Teilnehmende das Nichtraucherkriterium erfüllen, zwei Maßnahmen gemäß § 22 Abs. 1 SGB V, § 25 SGB V oder § 55

Abs. 1 Satz 4 SGB V und zwei sportliche Aktivitäten nachweisen. Fünf weitere Maßnahmen sind frei wählbar.

Versicherte bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres:

- 3 Maßnahmen = 30 €
- für jede weitere durchgeführte Maßnahme zahlt die BKK Diakonie 10 € bis zu einem Höchstbetrag von 60 €

VI. Teilnehmer des Bonusprogramms, deren Versicherungsverhältnis bei der BKK Diakonie bei Einreichen des Bonusheftes beendet ist, haben keinen Anspruch auf die Auszahlung einer Prämie. Für Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V) ist die Teilnahme am Bonusprogramm nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

§ 13 e Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn diese die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweisen und diese nicht bereits Gegenstand Ihrer Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen der Arbeitgeber für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis der Erfüllung von Bedingungen knüpft.

II. Art, Umfang und Höhe regelt der jeweilige Bonusvertrag.

III. Versicherte, die bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung des Arbeitgebers teilnehmen erhalten einen Bonus. Zu bonifizieren sind zertifizierte Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V und den Vorgaben des Handlungsleitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Sofern die Maßnahmen den im

Handlungsleitfaden genannten Qualitätskriterien genügen, bonifiziert die BKK Diakonie bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % des Kurses je Maßnahme 10 €. Auf Wunsch des Versicherten kann die Teilnahme an der Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 13 d der Satzung der Versicherten übertragen werden.

§ 13 f Persönliche elektronische Gesundheitsakte

I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK Diakonie ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte.

II. Diese Dienstleistung ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten. Sie wird durch einen mit der BKK Diakonie kooperierenden Dritten erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der BKK Diakonie zu Gunsten der Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Kasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden Einzelheiten zur Verfügung. Zur Nutzung der Gesundheitsakte müssen die Versicherten daneben mit dem kooperierenden Dritten einen Vertrag abschließen.

III. Die BKK Diakonie übernimmt die Gebühren für die Nutzung einer Gesundheitsakte direkt gegenüber dem kooperierenden Dritten, wenn und solange deren Nutzer bei ihr versichert ist, was regelmäßig anhand der vom Nutzer bei Vertragsabschluss angegebenen Versichertendaten geprüft wird. Die Einzelheiten sind durch Vertrag mit dem kooperierenden Dritten sowie dessen Verträge mit den Nutzern zu regeln.

§ 13 g Wahltarif besondere Versorgung

I. Die BKK Diakonie 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 Krankengeldwahltarif

I. Die BKK Diakonie bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankenhausgeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben und
- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

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

III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 7, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK Diakonie erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-diakonie.de sowie nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, in den im §1 Abs. II genannten Betrieben und in der Mitgliederzeitschrift. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 19 Veröffentlichung der Jahresergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.
Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist sechs Wochen.
Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

Artikel II

Inkrafttreten

I. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 17.12.2009 beschlossen.

II. Die Regelung des § 13 d der Satzung tritt erst am Tag nach Bekanntmachung in Kraft. Die restliche Satzung tritt am 01.01.2010 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.07.2007 und die dazu ergangenen Nachträge Nr. 1-16 außer Kraft.

33617 Bielefeld, den 16.09.2019

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Thomas Oelkers / Bernd Viemeister

Anlage zu § 2 der Satzung - Entschädigungsregelung -

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

Für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung der Betriebskrankenkasse (einschließlich der An- und Abreise) werden Mitgliedern bzw. den stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gewährt:

a) Erstattung der Barauslagen

b) Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

c) Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

I. Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskostenerstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes gewährt.

Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, die das Übernachtungsgeld überschreiten, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

II. Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Kosten für die Hin- und Rückreise in der niedrigsten Beförderungsklasse bei Eisenbahn- und Schiffsreisen sowie Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.) ersetzt.

Dabei werden gewährt:

a) Die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens. Ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der frühen Ankunft und späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen oder beibehalten werden musste,

b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,

c) bei der Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer der nach § 5 BRKG jeweils geltende Satz.

§ 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

I. Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

II. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von einem Drittel des vorstehend genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 4 Pauschbetrag für Zeitaufwand

I. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 34 €. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag.

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

III. Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates sowie sein Stellvertreter monatlich 78 €. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

§ 5 Pauschbetrag für Auslagen außerhalb von Sitzungen

Zur Abgeltung barer Auslagen (Telefongebühren, Porto und Schreibpapier usw.) für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, erhalten der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates 26 € als feste monatliche Pauschbeträge gemäß § 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

Anlage zu § 9 b der Satzung - Ausgleichsverfahren

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der BKK Diakonie Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

I. Die BKK Diakonie erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs.1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts ohne die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 des Fünften und nach § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt. Gleiches gilt für die nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b und Satz 2 des Berufsbildungsgesetzes an Auszubildende fortgezahlte Vergütung.

II. Die BKK Diakonie erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG getragenen Sozial-versicherungsbeiträge werden pauschal in Höhe von 20 vom Hundert erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

I. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nach § 23 a SGB IV ist bei der Berechnung der Umlagen nicht zu berücksichtigen, es ist ebenfalls von der Erstattung ausgeschlossen.

III. Die BKK Diakonie verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 4 Fälligkeit der Umlage

Die Umlagen sind zum gleichen Termin wie die Gesamtsozialversicherungsbeiträge fällig (§ 10 AAG in Verbindung mit § 23 Abs. 1 SGB IV).

§ 5 Umlagebeitragssätze

I. Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt 2,4 vom Hundert.

II. Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,69 vom Hundert.

§ 6 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der BKK Diakonie gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur das Mitglied der Arbeitgebervertreter mitwirkt.

§ 7 Organe, Zusammensetzung

I. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK Diakonie obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

II. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

III. Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

IV. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 8 Haushaltsplan, Jahresrechnung

I. Es gelten die Bestimmungen der Satzung.

Anlage zu § 14 der Satzung - Krankengeld-Wahltarif

I. Teilnahme

a) Die BKK Diakonie 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

I) 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

II) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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

II. Laufzeit / Bindungsfrist

a) 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.

III. Tarifende / Kündigung

a) Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK Diakonie.

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

IV. Obliegenheiten der Teilnehmer

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

b) Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Diakonie nachzuweisen und die BKK Diakonie über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

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

V. Prämien

a) 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:

Krankentagegeld 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:

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

b) 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 X a) und b) ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

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

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

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

VI. Anspruch

a) 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 BKK Diakonie bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

b) 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.

c) 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.

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

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

f) 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, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- 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 BKK Diakonie

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

h) 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 Punkt V. Absatz e) dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz Punkt VI. Absatz h) keine Anwendung.

i) 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.

VII. Zahlung

a) 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 VI g)

erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

b) 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 BKK Diakonie 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.

VIII. Dauer

a) 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.

IX. Höhe

a) 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 BKK Diakonie eine

Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens bzw. 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 BKK Diakonie eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

b) Die BKK Diakonie kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben des Absatzes X Wechsel.

c) 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.

d) Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Diakonie sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Diakonie auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Diakonie 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 BKK Diakonie 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 den Regelungen und den hierzu ergangenen / ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

X. Wechsel

a) Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatz X b) – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen bzw. Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Diakonie nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Diakonie folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe 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.

b) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz IX a) genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Diakonie über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes VI c) 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.