Satzung der Betriebskrankenkasse

EWE

in der Fassung des 76. Nachtrags vom 20.04.2026

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
§ 2 Verwaltungsrat
§ 2a Versichertenälteste
§ 3 Vorstand
§ 4 Widerspruchsausschuss
§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 SGB V
§ 7 Aufbringung der Mittel
§ 8 Bemessung der Beiträge
§ 8a gestrichen
§ 8b gestrichen
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 10 Fälligkeit der Beiträge gemäß § 23 SGB IV in Verbindung mit § 240 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, § 256 Absatz 1 SGB V
§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung
§ 12 Leistungen
§ 12a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
§ 12b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
§ 12c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
§ 12d Wahltarif besondere Versorgung
§ 12e gestrichen
§ 12f Wahltarife Krankengeld
§ 12g Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 12h Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 13 Primärprävention
§ 13a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
§ 13b gestrichen
§ 13c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
§ 14 Kooperation mit der PKV
§ 15 Schutzimpfungen
§ 16 Leistungsausschluss
§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 18 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
§ 18a Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
§ 19 Aufsicht
§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband
§ 21 Bekanntmachungen
§ 21a Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Artikel II

Anhänge

Anhang 1 zu § 18a der Satzung „Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“

Anhang 2 zu § 12 a der Satzung „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten“ / Bedingungen für die Teilnahme am Bonusprogramm nach § 65a Abs. 1 und 1a SGB V

Artikel III

In-Kraft-Treten

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Sie ist errichtet worden am 01.01.1996.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Oldenburg.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die:

Alterric GmbH	Aurich
Alterric Deutschland GmbH	Aurich
be.storaged GmbH	Oldenburg
Biber GmbH	Oldenburg
BREKOM GmbH	Bremen
BTC Business Technology Consulting AG	Oldenburg
BTC IT Services GmbH	Oldenburg
EnergieCampus GmbH	Oldenburg
EWE AG	Oldenburg
EWE DIREKT GmbH	Oldenburg
EWE GASSPEICHER GmbH	Oldenburg
EWE Go GmbH	Oldenburg
EWE NETZ GmbH	Oldenburg
EWE Service GmbH	Oldenburg
EWE SERVICEPARTNER GmbH	Oldenburg
EWE TEL GmbH	Oldenburg
EWE TRADING GmbH	Oldenburg
EWE VERTRIEB GmbH	Oldenburg
EWE WASSER GmbH	Oldenburg

FSO Fernwirk-Sicherheitssysteme Oldenburg GmbH	Oldenburg
Gastransport Nord GmbH	Oldenburg
GSN Gebäudesicherheit Nord GmbH	Oldenburg
nordcom Niedersachsen GmbH	Oldenburg
qbig GmbH	Oldenburg
SOCON Sonar Control Kavernenvermessung GmbH	Giesen

§ 2 Verwaltungsrat

I 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach der Hälfte der Amtszeit, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 9 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter hat für den Fall der Verhinderung einen Stellvertreter.

III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

7. den Vorstand zu überwachen,

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,

10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen,

11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Er kann sich hierzu Dritter bedienen.

VI Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse. Die Regelungen der Absätze XI bis XV gelten für Erledigungsausschüsse entsprechend. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied der Feststellung widerspricht.

VII Entschädigungen der Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Absatz 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.

VIII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter sowie ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.

IX 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.

X Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

XI Sitzungen des Verwaltungsrats können durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen, bei Vorstandswahlen und freiwilligen Vereinigungen. Der Vorsitzende entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden über die Durchführung einer hybriden Sitzung. Bei öffentlichen Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Präsenz ermöglicht.

XII Sitzungen des Verwaltungsrats können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall fest und entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden über die Durchführung einer digitalen Sitzung. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat. Bei öffentlichen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

XIII Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die Sitzungsleitung durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf. Alternativ kann eine schriftliche Abstimmung im Anschluss der hybriden oder digitalen Sitzung erfolgen.

XIV Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

XV Darüber hinaus können der Verwaltungsrat und die besonderen Ausschüsse nach § 36a SGB IV aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

XVI Der Verwaltungsrat delegiert entsprechend § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB IV das gemeinsame Vertretungsrecht für die Ausgestaltung und den Abschluss des Dienstvertrages des Vorstands auf die Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

§ 2a Versichertenälteste

I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat 15 Versichertenälteste gewählt. Eine Stellvertretung erfolgt nicht.

II Nachfolger für ausscheidende Versichertenälteste werden auf Vorschlag des Vorstandes vom Verwaltungsrat gewählt.

III Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

IV Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Zu dieser Aufgabe gehört die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

§ 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 Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

   Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

   Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

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.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss ist auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nimmt die Aufgabe der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

II 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 2 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 2 Stimmen.

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

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

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

5. Der Vorsitzende wird 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 ohne Stimmrecht beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Oldenburg.

III Der Widerspruchsausschuss kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Widerspruchsverfahren in der jeweils nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

IV Sitzungen des Widerspruchsausschusses können durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung von Mitgliedern durchgeführt werden (hybride Sitzungen). Der Vorsitzende entscheidet über die Durchführung einer hybriden Sitzung.

V Sitzungen des Widerspruchsausschusses können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzungen). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall fest und entscheidet über die Durchführung einer digitalen Sitzung. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat.

VI Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die Sitzungsleitung durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf. Alternativ kann eine schriftliche Abstimmung im Anschluss der hybriden oder digitalen Sitzung erfolgen. Absatz III gilt entsprechend.

VII Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

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

§ 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 Versicherungsberechtigen.

II Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder

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

3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bis Nr. 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 und Nr. 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Satz 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 Betriebskrankenkasse / einem 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 Absatz 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 die Kündigungserklärung des Mitglieds. 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 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz 1 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 1 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 1 Satz 5 und Satz 6. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV Wenn ein Wahltarif nach § 12f gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des 12f Absatz XVI, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 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 Bemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§8a gestrichen

§8b gestrichen

§9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,19 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge gemäß § 23 SGB IV in Verbindung mit § 240 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, § 256 Absatz 1 SGB V

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 der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

II Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

III 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.

§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung

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

§ 12 Leistungen

I Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

II Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person die Kranke/den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 6 Monate je Krankheitsfall begrenzt; eine Verlängerung ist nach gutachterlicher Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung möglich. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. mit § 61 Satz 3 SGB V.

III 1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und der Versicherte wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, §§ 24, 40 oder 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

2. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und der Versicherte wegen akuter Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen gewährt. Darüber hinaus kann die Betriebskrankenkasse in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe bei akuter Erkrankung in angemessenem Umfang nach gutachtlicher Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellen, längstens jedoch für die Dauer von 26 Wochen.

3. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens 26 Wochen gewährt.

4. Der Ansprüche nach Abs. III Nr. 1- 3 sind ausgeschlossen, sofern Pflegebedürftigkeit der Grade 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

5. 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.

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

IV Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.
Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 6 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

V 1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme (schriftlich) zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein 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.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

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

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

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 50 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. 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.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB V erfolgt in Höhe der für die BKK geschlossenen Vereinbarungen nach § 130a Absatz 8 SGB V. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie die untenstehenden Maßnahmen erfüllen.

a) Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V

1. Der Versicherte nimmt Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Absatz 1 und 2 SGB V in Anspruch.

2. Der Versicherte nimmt ärztlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 i SGB V in Anspruch.

3. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Untersuchungen in Anspruch, soweit sie anspruchsberechtigt sind.

Die Maßnahmen 1 bis 3 führen jeweils für sich genommen zu einer Bonifizierung. 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. Fallen mehrstufige Maßnahmen in zwei Nachweiszeiträume, besteht der einmalige Anspruch auf Bonifizierung in dem Nachweiszeitraum des vollständigen Abschlusses der Maßnahme. Maßnahmen, die mehrjährigen Untersuchungsintervallen unterliegen, werden nur im Jahr ihrer Inanspruchnahme bonifiziert.

b) Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V

1. Regelmäßiger qualitätsgesicherter Sport in einem Verein, einem Fitnessstudio oder bei einer sonstigen bewegungsfördernden Institution (zum Beispiel Hochschulsport, Yogastudio).

2. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung der primären Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in regelmäßigem Umfang in Anspruch.

3. Regelmäßige Teilnahme an qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten einer Betriebssportgruppe.

4. Der Versicherte nimmt jährlich an einer Untersuchung zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V beim Zahnarzt teil.

5. Der Versicherte, der das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, nimmt einmal in jedem Kalenderhalbjahr an einer Untersuchung zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22 SGB V beim Zahnarzt teil.

II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt, Zahnarzt bzw. dem Leistungserbringer bestätigt.

III Das Bonusprogramm der BKK EWE läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis 31.12. des Jahres. Die Teilnahme ist für die Versicherten auch unterjährig möglich.

IV Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung von Bonusfeldern und/oder der Teilnahme an Maßnahmen können von der BKK EWE nicht erstattet werden.

V Die Höhe der Bonifizierung regelt die Anlage zu § 12 a, die Bestandteil dieser Satzung ist.

VI Bonusprogramm Babybonus

Kinder, die den Nachweis aller durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 – U6 erbringen, erhalten einmalig einen zusätzlichen Bonus in Höhe von 150 €.

§ 12b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 12c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

II Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§12d Wahltarif besondere Versorgung

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme

- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 12e gestrichen

§ 12f Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres, danach nur dann, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist. Mitglieder ab Vollendung des 65. Lebensjahres können einen Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren.

Anspruch

II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-

Richtlinien) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

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

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

IV Für Mitglieder nach § 319 Abs. 2 Satz 1 SGB V gilt § 12 f der Satzung in der Fassung bis zum 31. Juli 2009 entsprechend fort.

V Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- undzwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

VI Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

VII Der Anspruch auf Krankengeld endet

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

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

Höhe

VIII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von bis zu monatlich 70 v. H. der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung (BBG KV) 45 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 45),

2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten monatlichem Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von mehr als monatlich 70 v. H. der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung (BBG KV) bis zur monatlichen BBG KV 60 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 60),

3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten monatlichem Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen über der monatlichen BBG KV 90 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 90).

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten eineinkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V). Der Tarifschlüssel hierfür lautet KGK.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XVIII.

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

Zahlung

X Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

XI Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. § 48 SGB V gilt entsprechend. Die zur Dauer des Anspruchs ergangen Richtlinien und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen gelten entsprechend.

XII Abweichend von Absatz XI besteht bei Mitgliedern nach § 53 Abs. 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben, nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Bei der Berechung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach Absatz XI werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt.

Bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V gilt Absatz III Nr. 2.

Ruhen

XIII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend.
Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

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

Wahl/Beginn/Laufzeit

XV Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der Wahlerklärung in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Kündigung

XVI Die Kündigung des Tarifs muss durch Erklärung in schriftlicher oder elektronischer Form spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XVII Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die Kündigung in schriftlicher oder elektronischer Form wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

XVIII Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

XIX Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergeben sich die Tarifkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt im Tarifschlüssel:

KGS 45	44,10 €
KGS 60	58,80 €
KGS 90	88,20 €

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt im Tarifschlüssel KGK 1% des zur Beitragsbemessung zu Grunde gelegten Bruttoeinkommens (entsprechend der monatlichen Berechnungsgrundlage lt. Mitteilung der Künstlersozialkasse), maximal bis zur monatlichen BBG KV.

XX Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXI. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach dem Absatz XVIII ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.
Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z.B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.

XXI Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 25. des Vormonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

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

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

§ 12g 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 (§ 84 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.

§12h Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers

1. zur Bewegungsförderung der Beschäftigten
2. zur gesundheitsgerechten Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag
3. zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

regelmäßig zu mindestens 80 Prozent teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 12 g Abs. II der Satzung ab.

II Der Bonus wird dem Versicherten als Barprämie in Höhe von 50,00 € ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme nachgewiesen wurden. Der Bonus wird bei Nachweis der regelmäßigen Teilnahme für jedes weitere genutzte Angebot nach Absatz I um jeweils 20,00 € aufgestockt.

III Der Anspruch auf einen Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht zusätzlich zu dem Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten nach §12 a dieser Satzung.

§ 13 Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)

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

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens

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

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung:

- Vorbeugung und Prävention arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Betriebsverpflegung
- Psychosoziale Stressintervention
- Betriebliche Suchtprävention

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro versicherte Person 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 Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150,00 EUR je Maßnahme gewährt. Bei zeit- und ortsunabhängigen Online-Maßnahmen müssen 100 % aller Kurseinheiten oder Inhalte absolviert werden.

II. Die BKK EWE beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche. Sie wird durch die
Gesundheitsservice Management GSM GmbH mit Sitz in Leverkusen
durchgeführt.

Die BKK EWE zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventivprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss maximal in Höhe von 200,00 EUR bzw. maximal in Höhe von 150,00 EUR für Kinder ab 6 Jahren.

Der Zuschuss wird jährlich einmal gezahlt. Bei Inanspruchnahme sind Maßnahmen nach § 13 Abs. I im selben Kalenderjahr nicht mehr zuschussfähig.

§ 13a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

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

II Die BKK EWE übernimmt abweichend von § 108 SGB V auch Kosten für stationäre Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern, sofern nach vorheriger Beantragung und Überprüfung bei der BKK EWE die Voraussetzungen für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit gemäß § 39 SGB V erfüllt sind und die Maßnahme unter Berücksichtigung medizinischer Qualitätsaspekte und des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall sinnvoll ist.

III Die BKK EWE übernimmt abweichend von § 28 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 95 Abs. 10 bis 13 SGB V auch Kosten für Psychotherapie bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten, sofern Behandlungstermine bei einem Vertragstherapeuten nicht innerhalb eines medizinisch notwendigen Zeitrahmens zur Verfügung stehen.

Die Kostenübernahme ist vor Inanspruchnahme der Leistung unter Vorlage einer fachärztlichen Verordnung, der Qualifizierungsnachweise des Therapeuten, der geplanten und zu begründenden Therapieform und -dauer sowie eines Kostenvoranschlags zu beantragen. Der fachärztlichen Verordnung ist ein Nachweis im Sinne des Formblattes PTV 11 zur Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung, nach Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem zugelassenen Psychotherapeuten gleichgestellt.

Der Versicherte hat zum Antrag auf eine außervertragliche psychotherapeutische Behandlung darzulegen, dass er keinen Therapieplatz bei einem kassenzugelassenen Therapeuten in zumutbarer Zeit erhalten hat. Hierfür hat der Versicherte einen Nachweis in Form einer Eigenerklärung zu erbringen, dass mindestens fünf kassenzugelassene Therapeuten kontaktiert wurden, die innerhalb von drei Monaten Wartezeit keinen Therapieplatz anbieten konnten.

Der Leistungsumfang der ambulanten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich aus den Psychotherapie-Richtlinien. Die Vergütung erfolgt maximal in Höhe der maßgebenden Gebührensätze nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die Leistung erfolgt im Kostenerstattungsverfahren. Bei Abtretung des Kostenerstattungsanspruch durch den Versicherten an den Psychotherapeuten und Vorlage eines entsprechenden Nachweises kann die Zahlung direkt an den Psychotherapeuten erfolgen.

IV Sofern die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen nach § 23 Abs. 1 und 2 SGB V nicht gegeben sind, weil vorrangig Maßnahmen am Wohnort auszuschöpfen sind, kann die BKK EWE die gleichen ambulanten Maßnahmen in anerkannten Kurorten erbringen, ohne dem Versicherten einen Zuschuss gemäß § 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V zu zahlen.

V Soweit die BKK EWE nur in einigen Regionen vertragliche Regelungen für medizinische Vorsorgeleistungen geschlossen hat, erstattet die BKK EWE ihren nicht in diesen Regionen wohnenden Versicherten ihre Aufwendungen in Höhe des für Niedersachsen mit der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarten ärztlichen Vertragshonorars.

VI Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK EWE im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 90,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter den folgenden Voraussetzungen:

1. Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach.

2. Die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

3. Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Originalrechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

VII Versicherte können osteopathische und chiropraktische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Für die osteopathische Leistung setzt der Anspruch voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

Für die chiropraktische Leistung setzt der Anspruch voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der als Arzt ohne Kassenzulassung praktiziert oder als Heilpraktiker zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist und über eine chiropraktische Ausbildung verfügt, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Chiropraktiker berechtigt.

Handelt es sich bei dem behandelnden Chiropraktiker um einen Arzt mit einer entsprechenden Zusatzausbildung ist die Behandlung im Rahmen der Kassenversorgung mit Abrechnung über die Krankenversichertenkarte zu erbringen. In diesem Fall ist eine Erstattungsfähigkeit nicht gegeben.

Die BKK EWE übernimmt die Kosten für maximal 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten insgesamt für osteopathische und chiropraktische Behandlungen. Erstattet werden 90 % des Rechnungsbetrags, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

VIII Die BKK EWE beteiligt sich bei ihren Versicherten an den Kosten der professionellen Zahnreinigung (PZR). Die BKK EWE übernimmt die Kosten einmal kalenderjährlich in Höhe von bis zu maximal 80,00 € für eine PZR. Zur Erstattung ist die Originalrechnung einer für die kassenzahnärztliche Versorgung zugelassenen Zahnarztpraxis oder eines entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers vorzulegen.

IX Die BKK EWE gewährt Ihren Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar.

Der Zuschuss beträgt 1000,00 € je Behandlungsversuch pro Versicherten der BKK EWE, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

Zur Erstattung ist der BKK EWE die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

X Die BKK EWE übernimmt für einen zertifizierten Kurs zum Erlernen der MammaCare-Methode bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung und der Originalrechnung einmalig die Kosten bis maximal 35,00 €.

XI Die BKK EWE erstattet die Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Partner der werdenden Mutter in Höhe von bis zu 80 Euro der tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind.

XII Die BKK EWE erstattet für weibliche Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer 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 350,00 € je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

Der Anspruch besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. Januar 2013 geendet hat.

Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.

XIII gestrichen

XIV Die BKK EWE stellt ihren Versicherten das PLUSKonto „Gesunde Schwangerschaft" mit einem Guthaben von insgesamt maximal 500,00 Euro je Schwangerschaft zur Verfügung.
Über die im Sozialgesetzbuch V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus werden der Versicherten für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt von der Versicherten initiierte Leistungen insgesamt bis zur Höhe von 500,00 Euro bezuschusst.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken.

1. Ersttrimester-Screening,
2. Nackenfaltenmessung,
3. Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien
4. Triple-Test,
5. B-Streptokokken-Untersuchung,
6. Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierungs-Test (FisH-Test),
7. Test auf Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken,
8. Zytomegalie-Test,
9. folgende Arzneimittel, die aufgrund der Schwangerschaft erforderlich, durch einen Arzt auf Privatrezept verordnet und in einer Apotheke oder durch eine Versandapotheke bezogen wurden:

    - Folsäure,
    - Vitamin B 12,
    - Jod.

Voraussetzung für die Bezuschussung der Punkte 1 bis 8 ist, dass die Leistungen von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des vierten Kapitels des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.
Zur Erlangung des Zuschusses bzw. zur Übernahme der Kosten werden von der Versicherten im Teilnahmeheft des PLUSKontos „Gesunde Schwangerschaft" die einzelnen Leistungen dokumentiert und zusätzlich die spezifizierten Originalrechnungen bzw. Privatrezepte bei der BKK EWE eingereicht.

Zum Zeitpunkt der Abrechnung muss eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der BKK EWE bestehen.
Das Teilnahmeheft des PLUSKontos „Gesunde Schwangerschaft" kann nur einmal je Schwangerschaft bei der BKK EWE eingereicht werden.

XV Für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der BKK EWE die Kosten für eine Behandlung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesen bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind. Zur Erstattung sind die ärztlichen Unterlagen und die Originalrechnung bei der BKK EWE einzureichen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip des § 12 Abs. 1 SGB V ist zu beachten.

XVI Die BKK EWE erstattet an Brustkrebs erkrankten Versicherten die Kosten für einen Genexpressionstest zur Auswahl einer individuell optimierten Brustkrebstherapie.

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist eine ärztliche Bescheinigung, die bestätigt, dass ein Genexpressionstest aufgrund der Brustkrebserkrankung medizinisch sinnvoll ist.

Erstattet werden einmalig 100 % des Rechnungsbetrages, maximal 4000,00 €.

Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.

XVII Die BKK EWE erstattet ihren Versicherten einmal im Kalenderjahr die Kosten für eine prophylaktische Untersuchung durch einen für die Durchführung berechtigten Vertragsarzt mit der Zulassung als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Diese umfasst:

- die Anamnese,
- eine körperliche Untersuchung einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute, Hauttypbestimmung),
- die notwendige Dokumentation.

Die BKK EWE erstattet die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal 40,00 €. Zur Erstattung sind die zahlungsbegründenden Unterlagen vorzulegen.

Andere gesetzliche Regelungen oder vertragliche Vereinbarungen der BKK EWE mit entsprechendem Leistungsinhalt sind vorrangig anzuwenden und schließen eine zusätzliche Erstattung auf Grundlage dieser Regelung aus.

XVIII Die BKK EWE erstattet Versicherten einmal im Kalenderjahr die Kosten für eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern Risiken vorliegen, aufgrund derer nach ärztlicher Einschätzung im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte der BKK EWE diese Leistungen ergänzend einmal im Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" erbracht wird.

Die BKK EWE erstattet die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal 150,00 Euro, für Leistungen nach Satz 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

XIX Die BKK EWE erstattet über die in § 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus sensomotorische / propriozeptive Einlagen bei chronischen Schmerzsymptomatiken, bei schwerwiegenden muskuläre Dysbalancen, bei statischen Veränderungen des Bewegungsapparates sowie bei gravierenden Fuß- und Zehenfehlstellungen bis zu einem Betrag von maximal 200,00 Euro pro Paar für maximal 2 Verordnungen je Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen eines Orthopädieschuhmachers sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

XX gestrichen

§ 13b gestrichen

§ 13c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

I 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 Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung.

II 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.

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

§ 14 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 15 Schutzimpfungen

I Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen, auch wenn sie nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführt sind.

II Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkasse und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

III Für selbst bezahlte, ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 90 v.H. der Kosten erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Impfung wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne des § 2 Nummer 9 und 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG), die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts ärztlich empfohlen sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

IV Die Kosten für Grippeschutzimpfungen, die regional durchgeführt werden, werden von der Betriebskrankenkasse auch übernommen, wenn für die Betriebskrankenkasse keine vertraglichen Regelungen bestehen.

§ 16 Leistungsausschluss

1. 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.

2. 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.

§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

I Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 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 €.

II Bei Gewährung von stationären Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in gleichartigen Einrichtungen durchgeführt werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten der Kur.

§ 18 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Für freiwillige Mitglieder, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt oder nicht oder nur geringfügig selbständig tätig sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

§ 18a Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

I Übertragung des Ausgleichsverfahrens U1 gem. §§9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

1. Die Durchführung des U1-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.

2. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse EWE; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.

3. Bezüglich des U1-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte erlassen.

II Übertragung des Ausgleichsverfahrens U2 gem. §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

1. Die Durchführung des U2-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG der BKK BMW AG übertragen.

2. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse EWE; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an die BKK BMW AG weitergeleitet.

3. Bezüglich des U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird der BKK BMW AG gemäß § 9 Abs. 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird die BKK BMW AG die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte erlassen.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse EWE führt das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, dem Intranet des Trägerunternehmens sowie im Internet unter www.bkk-ewe.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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

§ 21 a Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht nach § 305 b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger, in der Mitgliederzeitschrift und über elektronische Medien der Betriebskrankenkasse. Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 zur Einsicht am Kassensitz der Betriebskrankenkasse vorgehalten.

Artikel II

Anhang 1 der Satzung

der Betriebskrankenkasse EWE

gestrichen

Anhang 2 der Satzung

der Betriebskrankenkasse EWE

§ 12 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V bzw. § 12a Abs. I Buchstabe a dieser Satzung	Bonusprämie in Euro
Check up	15
Krebsfrüherkennung (gyn. & urologisch)	15
Hautkrebsfrüherkennung	15
Mammographie	15
Vorsorge Darm-Karzinom	15
Gesundheitsuntersuchung Kinder/Jugendliche	15
Bauchaortenscreening	15
Schutzimpfungen	5
Neugeborenenscreening	15
Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB V bzw. § 12a Abs. I Buchstabe b dieser Satzung	
Zahnvorsorge	15
Präventionskurse	15
Betriebssport	15
Regelmäßiger qualitätsgesicherter Sport in einem Verein oder Fitnessstudio	15

Artikel III

In-Kraft-Treten

1. Der Verwaltungsrat hat in seiner Sitzung am 20.04.2026 die Änderungen der Satzung beschlossen.

2. Die Satzungsänderungen treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Oldenburg, den 12.06.2026

Detlef Junk
Vorsitzender des Verwaltungsrates