SÜDZUCKER BKK

Satzung der Südzucker BKK

www.Suedzucker-BKK.de

Joseph-Meyer-Str. 13-15 68167 Mannheim

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Artikel I		3
Inhalt der Satzung		4
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2	Verwaltungsrat	5
§ 3	Vorstand	7
§ 4	Widerspruchsausschuss	8
§ 5	Kreis der versicherten Personen	9
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	9
§ 7	Aufbringung der Mittel	10
§ 8	Bemessung der Beiträge	10
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	11
§ 9a	(leer)	11
§ 9b	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	11
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	11
§ 11	Höhe der Rücklage	11
§ 12	Leistungen	12
§ 12a	Persönliche elektronische Gesundheitsakte	17
§ 12b	Primärprävention	17
§ 12c	Schutzimpfungen	18
§ 12d	Leistungsausschluss	18
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen	18
§ 13a	(entfallen)	19
§ 13b	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	19
§ 13c	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	19
§ 13d	Wahltarif besondere Versorgung	19
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	20
§ 15	Krankengeldwahltarif	21
§ 16	Kooperation mit der PKV	21
§ 17	Aufsicht	21
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband	21
§ 19	Bekanntmachungen	22
§ 20	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	22
Inkrafttreten		23
Anlage zu § 2 der Satzung		24
Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates		24
Anlage zu § 9b der Satzung		26
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG		26
§ 1	Anwendung von Satzungsbestimmungen	26
§ 2	Verwaltungsrat	26
§ 3	Widerspruchsausschuss	26
§ 4	Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber	26
§ 5	Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis	26

§ 6 Fälligkeit der Umlage 27
§ 7 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse 27
§ 8 Bildung von Betriebsmitteln 27
§ 9 Haushaltsplan 28
§ 10 Rechnungsabschluss 28
§ 11 In-Kraft-Treten, Bekanntmachung 28
Anlage zu § 15 der Satzung - Wahltarif Krankengeld 29

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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

Südzucker BKK.

Sie ist errichtet worden am 1. Februar 1933.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Mannheim.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf

die Südzucker AG, Mannheim,

mit ihren Hauptverwaltungen, Betrieben, Betriebsteilen, Betriebsstätten, Gebiets- und Verkaufsdirektionen in Brottewitz, Mannheim, Ochsenfurt, Offenau, Offstein, Plattling, Rain, Wabern, Warburg, Zeil und Zeitz sowie auf die unselbständigen landwirtschaftlichen Gutsbetriebe in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

und

die Beneo GmbH, Mannheim

und

die BENEO-Palatinit GmbH, Mannheim

mit den Betriebsstätten in Mannheim und Offstein in den Bundesländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz.

und

die CropEnergies AG, Mannheim

mit den Betriebsstätten in Mannheim und Zeitz

und

die CropEnergies Bioethanol GmbH, Zeitz

und

die CropEnergies Beteiligungs GmbH, Mannheim

und

die CE Advanced Bioenergies GmbH, Weselberg

und

die CE Biobased Chemicals GmbH, Elsteraue

§ 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 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören zehn 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.

Der Vertreter des Arbeitgebers und dessen Stellvertreter werden von der Südzucker AG, Mannheim, benannt.

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. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,

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

6. den Vorstand zu überwachen,

7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,

10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen

11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers 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.

VI Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

VII 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.

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

IX Anwesend im Sinne des Abs. VIII sind Mitglieder auch dann, wenn sie bei hybriden oder digitalen Sitzungen zeitgleich mit Ton und Bild zugeschaltet sind ohne am Tagungsort anwesend zu sein und über ein elektronisches Verfahren ihre Mitgliederrechte ausüben können. Die Sitzungen des Verwaltungsrats können als hybride Sitzungen durchgeführt werden. Hierfür schalten sich die Mitglieder des Verwaltungsrats mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung zu. Über die Durchführung einer hybriden Sitzung entscheidet der Vorsitzende im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden. Für den öffentlichen Teil der Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme in Präsenz ermöglicht. Bei Feststellung einer außergewöhnlichen Notsituation (z.B. extreme Krankheitswelle, Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen können die Sitzungen des Verwaltungsrats als digitale Sitzung ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild und Tonübertragung stattfinden. 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. Für den öffentlichen Teil der Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung ermöglicht. 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. Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

X 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.

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

§ 3 Vorstand

I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.

II Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.

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:

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.
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 Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.

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 Mannheim.

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

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

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber 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 Abs. 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 beratend teil.

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

8. 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. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

II Nach § 9 Absatz 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 nach § 10 SGB V versicherten Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

IV 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 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

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

6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt

mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 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 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes 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 Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Eingang der Austrittserklärung, frühestens jedoch mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde. In diesem Fall kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nur unter den, in der Anlage der Satzung zu § 15 Nr. 4 und 5 genannten Voraussetzungen 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 Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 3,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a (leer)

§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

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

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

§ 11 Höhe der Rücklage

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 53 SGB V),
- des Persönlichen Budgets nach § 29 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 Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für eine Stunde je Pflegeeinsatz und für 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 12 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern ihnen nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer akuten Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist oder wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes wegen stationärer oder ambulanter Hospizleistungen nach § 39a SGB V nicht möglich ist. § 38 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3, 4 und 5 SGB V gilt.

2. Die Haushaltshilfe nach Abs. 1 wird für längstens 6 Wochen innerhalb von 3 Jahren erbracht

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V Kostenerstattung

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

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

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 und durch die ärztliche Verordnung 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 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 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 20 % als Abschlag für die der Südzucker BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie um 10 % als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

VII Zusätzliche Satzungsleistungen

Die BKK übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die aufgeführten Leistungen aus den nachfolgenden Bereichen.

1. Medizinische Vorsorge – Hautkrebsscreening

Über die im § 23 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten medizinischen Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die Südzucker BKK Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahrs einmal jährlich die Kosten für das von Ärzten durchgeführte Hautkrebsscreening inklusive der Auflichtmikroskopie oder einer Fotodokumentation in Höhe von bis zu 35 €. Wird nur die Auflichtmikroskopie durchgeführt und das Hautkrebsscreening über die Krankenversicherungskarte abgerechnet, werden jährlich bis zu 17,50 € erstattet. Voraussetzung für die Vorsorgeleistung ist, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (u.a. positive Familienanamnese, erhöhte Hautpigmentierung, Hauttyp 1 oder 2, Muttermal größer 5 mm, Sommersprossen) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die Voraussetzungen des § 23 SGB V müssen erfüllt sein.

2. Schwanger-/Mutterschaftsleistungen

Über die im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) geregelten Leistungen hinaus erstattet die BKK die Kosten für folgende Maßnahmen:

a) Geburtsvorbereitungskurs für eine Begleitperson der werdenden Mutter. Erstattet werden je Schwangerschaft bis zu 50,00 Euro.

b) Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme. Erstattet werden die Kosten von der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche in Höhe von bis zu 150,00 Euro je Schwangerschaft.

Voraussetzung für die Kostenübernahme nach Ziffer 2 ist, dass die Leistungen durch eine Hebamme, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder berechtigt ist, durchgeführt wird.

3. Zahnärztliche Behandlung

die im SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die BKK die Kosten für folgende Leistung:

a) Wurzelkanalbehandlung der Molaren, wenn die Voraussetzungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) nicht erfüllt sind. Erstattet werden je Zahn 80 vom Hundert der nachgewiesenen Kosten, maximal 150,00 Euro.

b) Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der professionellen Zahnreinigung in Höhe der nachgewiesenen Kosten, maximal bis zu einem Höchstbetrag von 60 EUR je Kalenderjahr.

4. Heilmittel

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

Eine Kostenbeteiligung der BKK setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. Erstattet werden bis zu 4 Behandlungen jährlich. Der Erstattungsbetrag beläuft sich auf maximal 50,00 Euro pro Sitzung.

5. gestrichen

6. Nicht zugelassener Leistungserbringer

a) Ambulante Behandlung

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre

Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die Südzucker BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

2. Die Südzucker BKK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinscher Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

3. Über Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen. Die Südzucker BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.suedzucker-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch der Versicherten stellt die Südzucker BKK Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

4. Soweit die vertraglichen Regelungen nicht dagegen stehen, gelten für die veranlassten Leistungen § 12 Abs. V Nr. 5-6 entsprechend.

b) Stationäre Behandlung

1. Die BKK übernimmt die Kosten einer stationären Kurzzeitbehandlung von bis zu 7 Tagen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze. Voraussetzung ist, dass die Notwendigkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung durch den ambulant behandelnden Arzt bescheinigt wird (Krankenhauseinweisung) und der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet. Ferner darf die geplante Behandlung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.

2. Der BKK ist vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag mit Angaben zur Diagnose vorzulegen. Eine Kostenbeteiligung ist nur möglich, wenn die BKK der Krankenhausaufnahme zugestimmt hat. Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V sind bei der Kostenerstattung zu berücksichtigen. Die BKK behält sich vor, die Notwendigkeit und Dauer des Aufenthaltes über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen.

7. Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a SGB V definierte Kostenbeteiligung von 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen hinaus, erhalten Versicherte bei Durchführung einer In-Vitro (IVF) oder einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einen weitergehenden Zuschuss in Höhe von je 200 Euro für maximal 3 Maßnahmen, wenn beide Ehepartner bei der Südzucker BKK versichert sind.

8. Erweiterte Vorsorgeleistung für Kinder und Jugendliche

   Die Südzucker BKK erstattet für die Kinderuntersuchungen U10 und U11 sowie die Jugenduntersuchung J2 die entstandenen Kosten in voller Höhe, maximal 50 Euro je Untersuchung. Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber eine Schwächung der Gesundheit in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Erkrankung führt oder ein Hinweis auf die Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes vorliegt.

§ 12a Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- Gestrichen

§ 12b 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, 20a und 20b SGB Vin der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V) und nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) 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

  Maßnahmen zur Förderung von Entspannung

- Suchtmittelkonsum:

  Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens

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

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

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Gebühren, bezogen auf 10 Kurseinheiten a 60 Minuten gewährt. Der Zuschuss beträgt maximal 130 Euro.

II Die Südzucker BKK 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 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

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

§ 12c Schutzimpfungen

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

§ 12d Leistungsausschluss

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

II Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25 EUR.

§ 13a (entfallen)

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch. 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.

II Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm gem. § 137f SGB V teilnehmen, haben Anspruch auf eine Ermäßigung in Höhe von 100 v. H. der gesetzlichen Zuzahlungen. Die Erstattung beträgt maximal 5,00 EUR für jeden angefangenen Monat der Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm gem. § 137f SGB V.

§ 13c 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 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.

§ 13d Wahltarif besondere Versorgung

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

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

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

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

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, können am Bonusprogramm der Südzucker BKK freiwillig teilnehmen. Der Bonus wird auf Antrag als Geldbonus ausgezahlt. Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr. Der Bonus wird dem Mitglied auf Antrag ausgezahlt. Der Antrag ist spätestens am 30. Juni des Folgejahres für das Vorjahr einzureichen. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert. Bonusfähige Leistungen werden für Zeiten, in denen eine Versicherung bei der Südzucker BKK besteht, berücksichtigt.

II Teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten einen Bonus unter Nachweis der folgenden Voraussetzungen in Höhe von:

a. Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinder- oder Jugenduntersuchung, innerhalb des Antragsjahres, je Untersuchung 30 €.
b. Inanspruchnahme ärztlicher Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Untersuchung 30 €.
c. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 2 SGB V und organisierten Früherkennungsprogrammen nach § 25a SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Untersuchung 20 €.
d. Nachweis über die Durchführung von gesetzlichen Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Schutzimpfungen nach der Satzung der Südzucker BKK innerhalb des Antragsjahres, je abgeschlossenem Impfschema 10 €.
e. Inanspruchnahme einer Untersuchung zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach §§ 21,22 und 22a SGB V oder einer Untersuchung zur Zahngesundheit nach der Maßgabe des § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 20 €.

III Zur Förderung der elektronischen Kommunikation sollen gemäß § 67 SGB V finanzielle Anreize gesetzt werden. Wir leisten einen Finanzierungsbeitrag in Höhe von 5 € je Bonusjahr, wenn der Antrag digital über die Online-Geschäftsstelle oder die Handy-App der Südzucker BKK eingereicht wird.

IV Teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten auf Basis des § 65a Abs. 1a SGB V einen Bonus in Höhe von:

a. Versicherte, die mehr als 6 Monate im Kalenderjahr Sport in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio treiben und Ausgaben für die Mitgliedschaft im Fitnessstudio von 120 € oder mehr im Jahr nachweisen, erhalten einen Fitnessbonus in Höhe von 120 € im Kalenderjahr.
b. Versicherte, die zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen, erhalten für jede bezuschusste Maßnahme einen Bonus von 10 €.

§ 15 Krankengeldwahltarif

I Die Südzucker BKK bietet

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

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

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 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 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.“

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Südzucker BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.Suedzucker-BKK.de und nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Räumen der Südzucker BKK und in den Betrieben. Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen. 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.

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Südzucker BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat den 50. Nachtrag zur Satzung am 08. Juli 2026 beschlossen.
2. Der Nachtrag Nr. 50 der Satzung tritt am 1. August 2026 in Kraft.

Mannheim, den 17. Juli 2026

Siegel

Vorsitzende

des Verwaltungsrates

Anlage zu § 2 der Satzung

Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates

I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Darüberhinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z.B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte

b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse,

c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

d) Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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 monatlich Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

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 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

   Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 50,00 EUR.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

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

II Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand wird allerdings nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage zu § 9b der Satzung

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

§ 1 Anwendung von Satzungsbestimmungen

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

§ 2 Verwaltungsrat

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

§ 3 Widerspruchsausschuss

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

§ 4 Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber

I An dem Ausgleichsverfahren gem. § 1 Abs. 1 AAG (U1) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne der §§ 1 und 3 Abs. 1 AAG beschäftigen, wenn die Arbeitnehmer bei der Südzucker BKK versichert sind.

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

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

IV Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach den Absätzen 1 (U1-Verfahren) und 2 (U2-Verfahren) nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.

§ 5 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis

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

II Der Umlagesatz beträgt

a.) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) 1,9 v. H.

der umlagepflichtigen Einnahmen.

und

b.) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) 0,28 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen.

§ 6 Fälligkeit der Umlage

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

§ 7 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

I Die Südzucker BKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

a.) 60 v. H. der Aufwendungen aus Anlass der Krankheit, dabei wird das Arbeitsentgelt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzt. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten.

b.) den vom Arbeitgeber gem. § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe,

c.) das im Rahmen des § 11 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Arbeitsentgelt in voller Höhe. Die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge gem. § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20% erstattet.

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

§ 8 Bildung von Betriebsmitteln

I Die Südzucker BKK verwaltet die Mittel für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit und für den Ausgleich aus Anlass der Mutterschaft jeweils getrennt als Sondervermögen.

II Es werden für die Bestreitung der Aufgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit oder Mutterschaft jeweils voneinander getrennte Betriebsmittel gebildet.

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

§ 9 Haushaltsplan

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

§ 10 Rechnungsabschluss

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

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

§ 11 In-Kraft-Treten, Bekanntmachung

I Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag 49 zur Satzung am 11.Dezember 2025 beschlossen.

II Der Nachtrag Nr. 49 der Satzung wurde am 22. Dezember 2025 bekannt gemacht und tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

Mannheim, den 22.Dezember 2025

Siegel

Vorsitzender
des Verwaltungsrates

Anlage zu § 15 der Satzung - Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

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

   a.) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
   b.) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche oder elektronische Willenserklärung gegenüber der Südzucker BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung bei der Südzucker BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche oder elektronische Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

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

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

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

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt, für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

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

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

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

Anspruch

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

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

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein

Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

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

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

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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung 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 Südzucker BKK.

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

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch,

auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

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

Zahlung

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

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

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

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

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

Wechsel

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

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