

Satzung der Betriebskrankenkasse Herkules



Fassung vom 7. Juni 2005 mit dem 25. Nachtrag vom 09. Dezember 2021

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 nicht belegt
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 nicht belegt
- § 10a Erhebung von Mahngebühren
- § 10b Beitragsvorschüsse
- § 10c Übertragung des Ausgleichsverfahren
- § 10d Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Leistungsausschluss
- § 12d Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
- § 12e Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen
- § 12f Osteopathie
- § 12g Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung –
- § 12h Leistungen besonderer Therapierichtungen
- § 12i Professionelle Zahnreinigung
- § 12j Medizinische Vorsorge, Schwangerschaft, Kinder und zahnärztliche Behandlung
- § 12k Sonstige Leistungen
- § 12l künstliche Befruchtung
- § 12m zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a nicht belegt
- § 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif integrierte Versorgung
- § 13f Wahltarif „Fit durch die Ausbildung“
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- § 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14b Einmalbonus
- § 14c Persönliche elektronische Gesundheitsakte
- § 14d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
- § 14e Digitale Versorgungsprodukte (Hilfsmittel)
- § 15 Wahltarif Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel III

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

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

Betriebskrankenkasse Herkules.

Sie ist 1888 errichtet worden.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Kassel.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf

1. die derzeitigen Beteiligungsunternehmen der Wegmann & Co. Unternehmens – Holding KG im Stadt und Landkreis Kassel
2. die Gebr. Bode GmbH & Co. KG, Kassel
3. die AuE Kassel GmbH, Kassel
4. die Krauss-Maffei Wegmann GmbH & Co. KG – Standort Kassel mit den unselbständigen Betriebsteilen an den Standorten Homberg Efze, Munster und München.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend

aufgeführten Regionen:

- Hessen
- Niedersachsen
- Bayern.

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 - 1.a Die Betriebskrankenkasse Herkules nimmt am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Sozialwahlen 2023 gemäß § 194a SGB V teil. Wahlberechtigte können alternativ zur brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe im elektronischen Wahlverfahren über das Internet vornehmen (Online-Wahl).
 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 von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder sechs Versichertenvertreter und sechs Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgeber hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

- 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. den Vorstand zu überwachen,
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 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.
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatzbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüferfeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen.
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
 - V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. 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 ist.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 9. Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

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

- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v.H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistungen nur darlehensweise gewährt werden oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialis-

tischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.

14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannten Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie beim Beitritt noch nicht 25 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die

bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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 Abs. 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 bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 nicht belegt

§ 7 Aufbringung der Mittel

Für die Bemessung, Tragung und Fälligkeit der Beiträge gelten die Vorschriften des SGB, die sonstigen für die Krankenkassen verbindlichen Regelungen und die folgenden Bestimmungen der Satzung.

§ 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 nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 1,4 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 nicht belegt

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung im Rückstand sind werden gemahnt. Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr erhoben. Sie wird nach den Bestimmungen des § 19 Abs. 2 VwVG berechnet.

§ 10b Beitragsvorschüsse

- I. Die BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern, die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder die keine Beitragsnachweise einreichen.
- II. Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden.
Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 10c Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird der BKK-Arbeitgeberversicherung des BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Der Einzug der Umlage erfolgt durch die BKK Herkules; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an die BKK-Arbeitgeberversicherung des BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird der BKK-Arbeitgeberversicherung des BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die BKK-Arbeitgeberversicherung des BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10d Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V

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

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften. Im Übrigen gelten die folgenden Bestimmungen der Satzung.

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 erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit 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 26 Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von vier Wochen im Kalenderjahr gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzu-
sehen, 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 Verdienstaussfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

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 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.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
4. 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.
5. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an die Kostenerstattung gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse. Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der Erklärung über die Beendigung bei der Betriebskrankenkasse.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., mindestens 2,50 € und maximal 25,00 € für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung je Behandlungsfall 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 6,5 v.H., mindestens 3,00 EUR und maximal 30,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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.

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. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimittel die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 1. als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder

2. das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifischen Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. Davon werden 30 v.H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Ziffer errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

§ 12a Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten: Gesundheitssportliches Bewegungstraining
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme:
Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken
Ernährung:
- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung: Kurs zur ausgewogenen Ernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht:
Gewichtsreduktions-Kurs
Stressreduktion/Entspannung:
- Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten:
Stressreduktions-Training
Genuss- und Suchtmittelkonsum:
- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelgebrauchs:
Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse Herkules 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 ein

einmaliger Finanzierungszuschuss von 95 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100,00 € je Maßnahme gewährt.

- II. Die BKK Herkules beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche. Sie wird durch die Gesundheitsservice Management GSM GmbH mit Sitz in Leverkusen durchgeführt. Die BKK Herkules zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventionsprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss maximal in Höhe von 160,00 EUR bzw. maximal von 110,00 EUR für Kinder ab 6 Jahren. Der Zuschuss wird jährlich einmal gezahlt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse Herkules übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 90 vom Hundert, wenn diese von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.
- II. Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse Herkules 90 vom Hundert der für die Impfstoffe erforderlichen Sachkosten und die Kosten des ärztlichen Honorars der Impfung erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, sofern andere Kostenträger zuständig sind (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

§ 12c Leistungsausschluss

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

§ 12d Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die BKK Herkules gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Leistungen müssen während der Versicherung zur BKK Herkules entstanden sein. Für die Inanspruchnahme der Leistungen gilt das Kalenderjahr. Bei Antragstellung muss eine ungekündigte Mitgliedschaft oder Versicherung nach § 10 SGB V bestehen. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen. Zur Erstattung sind personalisierte Originalrechnungen vorzulegen. Die Leistungen müssen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

§ 12e Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

1. Die BKK Herkules erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgt und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die BKK Herkules erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 in Höhe von 80 Prozent des Rechnungsbetrages, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der BKK Herkules die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
4. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
5. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 12f Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische 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. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK Herkules übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

§ 12g Nicht zugelassene Leistungserbringer – 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 BKK Herkules mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
2. Die BKK Herkules trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung 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. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

3. Die BKK Herkules führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Auf Wunsch stellt die BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
4. Für die veranlassten Leistungen gilt § 12 Abs. 5 Nr. 3 und 4 der Satzung entsprechend.

§ 12h Leistungen besonderer Therapierichtungen

1. Für ärztlich verordnete anthroposophische Heilmittel (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) werden Kosten in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich, erstattet, sofern der Leistungserbringer Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einem Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt. Voraussetzung ist ferner, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.
2. Für ärztlich verordnete weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren werden die Kosten in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich, erstattet. Weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren sind:
 - Ayurveda (Teilkörpermassagen und Thermotherapien)
 - Feldenkrais
 - Shiatsu
 - Traditionelle chinesische Medizin (Tuina und Krankengymnastik nach Qi-gong). Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistungen durch einen zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den Naturheilverfahren Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionelle chinesische Medizin berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztlicher Verordnung durch einen Physiotherapeuten, der die Zulassungsvoraussetzungen im Sinne des § 124 Abs. 1 SGB V erfüllt, oder im Sinne des § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird. Berechtigt ist, wer eine erfolgreich abgeschlossene Fort- oder Ausbildung der genannten Therapieformen absolviert hat oder ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes dieser Naturheilverfahren ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband dieser Naturheilverfahren berechtigt wäre. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

§ 12i Professionelle Zahnreinigung

1. Die BKK Herkules erstattet Kosten für eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, um Zahnerkrankungen zu verhüten.
2. Zur Erstattung sind die Originalrechnung des Vertragszahnarztes vorzulegen. Die BKK Herkules beteiligt sich an den Kosten in Höhe von 80 Prozent des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch 20,00 EUR einmalig pro Kalenderjahr.

§ 12j Medizinische Vorsorge, Schwangerschaft, Kinder und zahnärztliche Behandlung

1. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK Herkules die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen in Höhe von 70 Prozent des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 100,00 EUR jährlich für:
 - a) Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung (Mammografie unter 50 Jahren, Ultraschalluntersuchung – „Sono-Check“) alle zwei Jahre,
 - b) eine sportmedizinische Untersuchung, sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen. Die sportmedizinische Untersuchung kann alle zwei Jahre erstattet werden.
 - c) Gesundheitsuntersuchung („Check up“) bei Risikofaktoren (Übergewicht, Bewegungsmangel)
 - d) Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (immunologischer Stuhltest, Darmspiegelung)
2. Über die im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die BKK Herkules für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von 70 Prozent des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 200,00 EUR je Schwangerschaft für:
 - a) Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer, sofern bei der BKK Herkules versichert,
 - b) Geburtsvorbereitung für den Ehemann, sofern bei der BKK Herkules versichert,

c) Antikörperbestimmung auf Ringelröteln und Windpocken sowie Streptokokken-Test,

d) Nackenfaltenmessung,

e) Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,

f) Triple-Test,

g) Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien.

h) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod und Folsäure. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet wurde und die Einnahme aufgrund der Schwangerschaft medizinisch notwendig ist. Das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik gültigen Zulassung muss von der Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels (Versandapotheke) bezogen worden sein. Zur Erstattung sind die ärztliche Verordnung und die Quittung der Apotheke einzureichen.

- 2a. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK Herkules Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a 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 tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme in Höhe von 70 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 300 EUR. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Die Kostenerstattung ist gebunden an die Versicherung des Neugeborenen zur BKK Herkules.
3. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf Bezuschussung von Kursen aus den Bereichen Baby-

schwimmen, Kleinkinderschwimmen, Babymassage oder Pecip. Bei regelmäßiger Teilnahme wird ein Zuschuss in Höhe von 70 Prozent des Rechnungsbetrages insgesamt maximal 100,00 EUR je Kalenderjahr gewährt. Die genannten Kurse müssen von qualifizierten Anbietern durchgeführt werden. Zur Erstattung ist die Original-Teilnahmebescheinigung einzureichen. Die Teilnahmebescheinigung muss folgende Inhalte aufweisen: Name und Vorname des Versicherten, Anbieter, Kursleitung, Kursbeginn und Kursende, Kurseinheiten, Anzahl der absolvierten Kurseinheiten und Kursgebühr.

4. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die BKK Herkules die Kosten für folgende, von Zahnärzten oder Kieferorthopäden durchgeführte oder veranlasste Leistungen in Höhe von 70 Prozent des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 100,00 EUR jährlich für:

- a) Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,

- b) Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen einzureichen.

§ 12k Sonstige Leistungen

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden 70 Prozent des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 70,00 EUR jährlich für:

1. Massagen und Krankengymnastik außerhalb der ärztlichen Verordnung, Akupunktur außerhalb der ärztlichen Verordnung erstattet.
2. Heilpraktikerbehandlungskosten inklusive der von den Heilpraktikern verordneten homöopathischen Arzneimittel erstattet.
3. Präventionskurse außerhalb des Präventionsleitfadens erstattet.
4. Mitgliedsbeitrag zum Fitnessstudio.
5. Hyaluronsäure-Anwendung bei Kniegelenkproblemen.
6. Einsatz einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. Festsitzender Retainer) nach Abschluss einer vertragskieferrorthopädischen Behandlung.

Die BKK Herkules gewährt folgende Zuschüsse:

1. Für Brillengläser oder Kontaktlinsen bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von mindestens 0,5 Dioptrien je Auge. Der Anspruch besteht alle zwei Jahre, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf Zahlung eines Festzuschusses für Sehhilfen besteht. Für jedes Brillenglas bzw. jede Kontaktlinse werden höchstens 15,00 EUR erstattet.
2. 20,00 EUR je Zahn für höherwertige Kunststofffüllungen max. 200,00 EUR jährlich.

§ 12l Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei der Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzliche zu den im Behandlungsplan genehmigten Kosten einen Zuschuss je durchgeführten Behandlungsversuch pro Ehepaar. Der Zuschuss beträgt 260 EUR, jedoch nicht mehr als die dem Ehepaar tatsächlichen entstandenen Kosten, maximal für drei Versuche. Eine Kostenbeteiligung erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der BKK Herkules versichert sind.

§ 12m Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

- I. Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets bzw. Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgsversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

- II. Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, werden zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung übernommen. Die restlichen 20 Prozent werden erstattet, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal werden Kosten in Höhe von 2.000 EUR übernommen.

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

§ 13a nicht belegt

§ 13b 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, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsverträgen oder die Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der BKK in Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in das das Ereignis fällt.

Für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entscheidet ausschließlich ein gesetzlicher Vertreter über die Einschreibung.

Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, aktiv an der Gestaltung seiner Versorgung mitzuwirken. Hierfür erteilt er der BKK Herkules die Zustimmung, geeignete Maßnahmen zur Fallsteuerung zu ergreifen. Dazu gehört insbesondere auch die Kontaktaufnahme mit dem gewählten Hausarzt.

Eingeschriebene Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollenden, scheiden mit Ablauf des Quartals, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, aus der hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz 1 aus. Im Quartal der Vollendung fällt keine Praxisgebühr an. Eine Neueinschreibung ist jederzeit mit Beginn des auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Quartals möglich.

Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen sollen ebenfalls nur in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt bzw. mit dem Facharzt, der per Hausarztüberweisung in Anspruch genommen worden ist, erfolgen.

Soweit die BKK Herkules Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Gemeinschaft von Kinder- und Jugendärzten abgeschlossen hat, gelten die vorgenannten Regelungen entsprechend.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens mit Ablauf des 1. Jahres analog der in den einzelnen Verträgen auf Landesebene enthaltenen Bestimmungen erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. Kinder und Jugendliche bzw. deren Erziehungsberechtigte können abweichend von Satz 2 mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des laufenden Quartals kündigen.

§ 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens mit Ablauf des ersten Jahres analog der in den einzelnen Verträgen auf Landesebene enthaltenen Bestimmungen erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V sowie im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V i.V.m. § 13a der Satzung folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

§ 13e Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, werden im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme von den Zuzahlungen für stationäre Krankenhausbehandlungen befreit, sofern die stationäre Krankenhausbehandlung im Rahmen der integrierten Versorgung durchgeführt wird.

§ 13f Wahltarif „Fit durch die Ausbildung“

- I. Versicherte Auszubildende können für den Zeitraum der Ausbildung den Wahltarif „Fit durch die Ausbildung“ wählen, wenn sie voraussichtlich keine, oder nur wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Sie erhalten in drei Ausbildungsjahren jeweils zu Beginn des Kalenderjahres einen Bonus in Höhe von 120,00 EUR.

II. Bei Leistungsanspruchnahme in diesen Jahren erfolgt kalenderjährlich eine Verrechnung mit dem Bonus bis zu maximal 120,00 EUR.

III. Es wird ein Extra Bonus in Höhe von 40 Euro gezahlt, wenn alle gesetzlich vorgesehenen Vorsorge- und prophylaktischen Maßnahmen während der Ausbildung durchgeführt wurden. Der Nachweis der Vorsorge- und prophylaktischen Maßnahmen erfolgt mit dem Bonusheft.

Es kann somit ein Bonus von 400,00 Euro während der Ausbildung erworben werden.

IV. Der Bonus darf in den drei Ausbildungsjahren 20 vom Hundert der jährlich vom Mitglied getragenen Beiträge zur Krankenversicherung nicht übersteigen.

V. Auf den Bonus werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnungsfolgen mit Ausnahme von Verordnungen nach § 24a Abs. 2 SGB V
- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 und 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinie

VI. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz 5 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Bonus in Höhe der der BKK Herkules tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

VII. Die Zahlung des Bonus an das Mitglied erfolgt jährlich im Voraus und ist an die Erteilung einer Bankeinzugsermächtigung in Höhe von maximal 120 EUR zu Gunsten der BKK Herkules gebunden. Erfolgt die Wahl des Wahltarifes unterjährig, ist die Bonuszahlung auf die Anzahl der Kalendermonate begrenzt, für die der Wahltarif gilt. Der maximale Selbstbehalt entspricht dann der Höhe des Bonus.

VIII. Die Wahl des Wahltarifes „Fit durch die Ausbildung“ wirkt vom Beginn des Folgemonats, in dem die Wahl erfolgte, frühestens mit dem Beginn der Mitgliedschaft.

Das gilt auch, wenn die Wahl des Wahltarifes erst nach dem Ausbildungsbeginn erfolgt.

IX. Die Bindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre (§ 53 Abs. 8 SGB V). Sie beginnt an dem Ersten des Folgemonats, in dem die Wahl erfolgte, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK Herkules. Die Mitgliedschaft im Wahltarif endet automatisch mit dem Ende der Ausbildung. Abweichend davon kann die Laufzeit des Wahltarifes um den Zeitraum verlängert werden, um den die Ausbildung verlängert wird.

Bricht ein Auszubildender die Ausbildung vor dem erfolgreichen Abschluss ab und ist danach familienversichert, endet der Wahltarif mit dem Ende der Ausbildung. Bereits von der BKK Herkules gezahlte Boni sind an die tatsächliche Dauer des Wahltarifs anzupassen und vom Auszubildenden zurückzuzahlen.

X. Der Wahltarif endet automatisch, wenn die Beitragszahlung vollständig von Dritten übernommen wird.

XI. § 14 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Mitglieder und mitversicherte Familienangehöriger, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie die Punkte 1 – 3 vollständig (soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind) innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen:
 1. der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 SGB V in Anspruch
 2. einmal jährlich an der Zahnvorsorgeuntersuchung gemäß § 55 Abs. 1 SGB V teilnehmen
 3. der Body-Mass-Index liegt zwischen 18 und 27
 4. seit mindestens einem Jahr nicht rauchen
 5. regelmäßig Sport treiben (z.B. Nachweis einer Mitgliedschaft in einem Sportverein)
 6. DSV Sportabzeichen
 7. eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt haben
 8. von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio
 9. ab dem 20. Lebensjahr ein Nachweis für ein selbstfinanziertes präventives Hautkrebscreening in einer dermatologischen Fachpraxis
 10. Teilnahme an qualitätsgesicherter Maßnahmen zur Entwicklungsförderung für Kinder bis zum Alter von drei Jahren (z.B. Babyschwimmen, PEKIP – Prager-Eltern-Kind-Programm)
 11. die Gesundheitswerte Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin sind im Normbereich. Der Normbereich für den jeweiligen Gesundheitswert wird durch wissenschaftlich anerkannte Grenzwerte bestimmt. Die zugrunde zu legenden Grenzwerte sind in der Anlage zu dieser Bestimmung aufgeführt
 12. Blutspende
 13. Registrierung in der Deutschen Knochenmark-Spenderdatei

- II. Mitversicherte Kinder bis zum 15. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres
 1. die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen vollständig in Anspruch genommen haben
 2. die nach § 22 Abs. 1 SGB V zahnärztliche Individualprophylaxe absolvieren
 3. nicht rauchen
 4. der Body-Mass-Index der mitversicherten Kinder liegt zwischen 15 und 21

III. Kinder, die nach dem 01.01.2014 geboren wurden, erhalten einen Bonus, wenn Sie folgende Voraussetzungen nachweisen und die Mutter sowie das Kind bzw. die Kinder ab Geburt bis zum Erreichen der Voraussetzungen und der Einlösung des Bonus bei der BKK Herkules ungekündigt versichert sind:

1. Regelmäßige Teilnahme der werdenden Mutter an einem Geburtsvorbereitungskurs,
2. Nachweis aller durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U4,
3. Der Vater des Kindes ist ungekündigt bei der BKK Herkules versichert oder wird bis zur Einlösung des Bonus bei der BKK Herkules versichert und hat an einem Geburtsvorbereitungskurs regelmäßig teilgenommen.

Der Babybonus beträgt 100 EUR, wenn die Voraussetzungen der Nummer 1 und 2 erfüllt sind und 120 EUR, wenn die Voraussetzungen der Nummer 1 bis 3 erfüllt sind. Der Babybonus ist bis zur Vollendung des 6. Lebensmonats zu beantragen.

IV. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert bzw. durch entsprechende Nachweise belegt.

Die BKK-Bonus-Karte muss innerhalb von drei Kalendermonaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das gesundheitsbewusste Verhalten nachzuweisen ist, bei der BKK Herkules eingereicht werden. Eine Auszahlung des Bonus ist nur möglich, wenn zum Zeitpunkt des Eingangs der Bonus-Karte eine Versicherung von mindestens 12 Monaten bei der BKK Herkules bestand.

Der Bonus nach Absatz 1 wird an das Mitglied ausgezahlt und beträgt maximal 200,00 EUR. Werden die Kriterien nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 erfüllt, beträgt der Bonus 50,00 EUR. Der Bonus erhöht sich um 15,00 EUR je nachgewiesen Kriterium nach Absatz 1 Nummer 4 bis 13.

Für mitversicherte Familienangehörige wird jeweils ein zusätzlicher Bonus von 20,00 EUR je Angehörigen und Jahr gewährt, soweit die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 bzw. Absatz 2 erfüllt sind.

Die Teilnahme am Bonusprogramm endet durch Kündigung der Mitgliedschaft zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung. Endet die Teilnahme während des laufenden Kalenderjahres, verfällt der Bonus. Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des oder der Versicherten bei der BKK Herkules können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

- V. Da die BKK Herkules den Bereich der Prävention weiter fördern will, beteiligt sie sich an den Kosten, die die Versicherten in Eigenleistung für Gesundheitsmaßnahmen erbracht haben. Dazu wird der unter § 14 Abs. 1 Nr. 1 bis 13 bzw. § 14 Abs. 2 erzielte Bonus verdoppelt, wenn eine bezuschussungsfähige Gesundheitsmaßnahme nachgewiesen wird.

Das Nähere regelt die Anlage 2 zu § 14 der Satzung der BKK Herkules.

Anlage 1 zu § 14 Abs. 1 Nr. 11 der Satzung Grenzwerte für die Gesundheitswerte

Normbereich für Blutdruck:

Systolischer Druck unter 140 mm HG
Diastolischer Druck unter 90 mm Hg

Normbereich für Blutfettwerte (Cholesterinspiegel):

Wert unter 220 mg/100 ml

Normbereich für Blutzucker:

Die Glukosekonzentration im Blut beträgt nüchtern 60 bis 110 mg/dl (6,1 mmol/l).

Anlage 2 zu § 14 der Satzung der BKK Herkules

Teilnahmebedingungen nach § 14 Abs. 6
BKK Bonus-Sachprämie für gesundheitsbewusstes Verhalten

Mit ihrem Bonusprogramm leistet die BKK Herkules einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle BKK Herkules Versicherten. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

Versicherte, die den Bonus nach § 14 Abs. 6 in Anspruch nehmen, können keinen Bonus nach § 14 Abs. 1 und 2 erhalten.

2. Erklärung und Dauer der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm ist vom Versicherten zu erklären. Sie beginnt am Ersten des Monats, in dem die Erklärung bei der BKK Herkules eingeht und endet mit Ablauf des Kalenderjahres.

3. Bonus

Der Bonus wird dem Teilnehmer ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen gezahlt. Dies gilt nicht für Leistungen, die vor Beginn der Teilnahme an diesem Bonusmodell erbracht wurden. Der Anspruch auf den Gesundheitsbonus entsteht erst nach Vorlage entsprechender Belege. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Höhe des Gesundheitsbonus werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

Die Prüfung der eingereichten Gesundheitsmaßnahmen erfolgt anhand der jeweils geltenden Qualitätskriterien. Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmer oder in ein anderes Kalenderjahr ist nicht möglich.

4. Nachweis der Gesundheitsmaßnahmen

Die Gesundheitsmaßnahmen sind vom Teilnehmer in der von der BKK Herkules vorgegebene Form zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Einreichung von Rechnungen, Verträge oder anderer geeigneter Nachweise. Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der BKK nicht übernommen.

Mit dem vollständigen Einreichen der Nachweise erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Bonuszeitraum für beendet; weitere Gesundheitsmaßnahmen werden nicht berücksichtigt. Werden die Gesundheitsmaßnahmen nicht spätestens drei Monate nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres oder Beendigung der Teilnahme nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Gesundheitsbonus.

Hat der Teilnehmer den Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die BKK zurück zu zahlen. Darüber hinaus kann die Teilnahme am Bonusprogramm durch die BKK mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn der Teilnehmer die Unrichtigkeit zu vertreten hat. In diesem Fall ist die Teilnahme am Bonusprogramm auch künftig ausgeschlossen.

5. Gesundheitsmaßnahmen

Für die Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen erhalten Versicherte einen Zuschuss von maximal 180,00 EUR.

- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Mitgliedschaft in einem Sportverein/Fitnessstudio
- Private Zusatzversicherungsverträge der Kooperationspartner der BKK
- Sehtest
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sport- und Fitnesskurse (auch Online)
- Sportveranstaltungen (Start-/Teilnahmegebühren)

6. Verfall des Anspruchs auf den Gesundheitsbonus

Die Teilnahme am Bonusprogramm endet durch Kündigung der Mitgliedschaft zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung bei der BKK. Endet die Teilnahme während des laufenden Kalenderjahres, verfällt der Bonus.

§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt:

- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausbezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1. und 2. sowie mindestens zwei weitere Punkte nachweist:
 1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF.
 3. Es besteht seit mindestens 3 Jahren ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der BKK.
 4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 6. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.

- III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 1. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.
 2. Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 3. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche / Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche

d) Betriebliches Vorschlagswesen

- IV. Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:
1. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
 - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
 - c) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
 - d) Ermöglichung von BKK-Check-ups während der Arbeitszeit
 - e) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
 - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
 - h) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
 - i) Gender und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.)
 2. Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 3. Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 4. für mind. 12 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.
- V. Der Bonus aus Stufe 1, 2 und 3 erhöht sich in der Stufe 4 um die bei der BKK erzielten Einsparungen, wenn die BKK bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II bis IV durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende gesundheitsbezogenen Effekte ermittelt:
- Senkung des Krankenstandes
 - Senkung der Entgeltfortzahlung
 - Senkung der Arzneimittelausgaben
 - Senkung der Krankenhauskosten
- Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassung kranker Mitarbeiter werden nicht bewertet. Als Referenzwert für die Ermittlung gesundheitsbezogener Effekte werden die jeweils über die vorangegangenen 3 Jahre ermittelten durchschnittlichen, altersstandardisierten Kosten inflationsbereinigt herangezogen.

§ 14b Einmalbonus

- I. Mitglieder erhalten einen einmaligen Bonus (Einmalbonus) in Höhe von 60,00 Euro als sofortige Geldprämie. Voraussetzung ist, dass sie zwei der in § 14 Abs. 1 der Satzung genannten Maßnahmen im gleichen Kalenderjahr nachweisen.
- II. Der Nachweis der Voraussetzungen des § 14 Abs. 1 der Satzung muss spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem die nachgewiesene Maßnahme durchgeführt wurde bei der BKK Herkules eingereicht werden.
- III. Mitglieder, die den Bonus nach § 14b der Satzung in Anspruch nehmen, können den Bonus nach § 14 Abs. 1 der Satzung für das selbige Kalenderjahr nicht beanspruchen.

§ 14c Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK Herkules ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK Herkules für die Versicherten tätig wird.
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK Herkules.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 14d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- I. Die BKK Herkules fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt nach den Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- II. Die BKK Herkules gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Absatz 1 als Sachleistungen in Form von Schulungsmaßnahmen. Die BKK Herkules kann die Maßnahmen nach Absatz 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die BKK Herkules einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

§ 14e Digitale Versorgungsprodukte (Hilfsmittel)

- I. Versicherte haben Anspruch auf digitale Versorgungsprodukte. Für Leistungen nach Satz 1 erstattet die BKK Herkules die tatsächlichen Kosten abzüglich eines Eigenanteils entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V, insgesamt maximal 300 Euro je Versicherten im Kalenderjahr. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beträgen auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.
- II. Voraussetzungen für eine Kostenerstattung für Leistungen nach Absatz 1 sind:
 - a) das digitale Versorgungsprodukt wurde in das Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungsprodukte der BKK Herkules aufgenommen, welches als Anlage 1 zu § 14e Bestandteil dieser Satzung ist,
 - b) ein zugelassener Arzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat das digitale Versorgungsprodukt der Anlage 1 verordnet,
 - c) es wurde vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme unter Vorlage der ärztlichen Verordnung gegenüber der BKK Herkules gestellt und von der BKK genehmigt,
 - d) es wird eine spezifische Originalrechnung vorgelegt,
 - e) die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des digitalen Versorgungsproduktes geschult.

- III. In das Verzeichnis nach Absatz 2 Buchstabe a) werden ausschließlich Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V aufgenommen, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:
- a) es handelt sich um zulässige Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz – MPG,
 - b) die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind eingehalten.
- Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.

§ 15 Wahltarif Krankengeld

Die BKK Herkules bietet

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

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 1 die Bestandteil dieser Satzung ist.

Anlage 1 zu § 15 Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

1. Die BKK Herkules bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - f) In den letzten fünf Jahren vor dem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - g) 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 zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Herkules erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Herkules folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 28.02.2010 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der BKK Herkules vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindu

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3 - jährige 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 Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK Herkules.
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 Zubiligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens 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 Prämienerrhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK Herkules unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Herkules aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Herkules haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Herkules nachzuweisen und die BKK Herkules 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 u.a. unabhängig Beschäftigten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

| | | | | | |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Krankentageld 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

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Krankentageld 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 Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.

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

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

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

Anspruch

14. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft i.S.d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Herkules bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld 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 Beurtei-

lungsmaßstabes 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 Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. 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 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. 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 Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.

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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden

- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Herkules
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 ein 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 Wahltarifkrankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 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 Stz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Herkules 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, wenn 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-/Publizistentarif besteht bis zum max. 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/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Herkules 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/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Herkules eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die BKK Herkules 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 Wahltarifkrankengeldes zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Herkules sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Herkules auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Herkules im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK Herkules unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den 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 Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – 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 BKK Herkules nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Herkules folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe erst 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 BKK Herkules 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.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Regierungspräsidium Darmstadt.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift sowie im Internet unter www.bkk-herkules.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche.

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichen Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 7. Juni 2005 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.08.2005 in Kraft.
Gleichzeitig treten die Satzung vom 15.03.2001 und die dazu ergangenen Nachträge Nummer 1 bis 6 außer Kraft.
3. Die Regelung des § 2 Absatz II tritt mit Beginn der 10. Wahlperiode in Kraft.
Sie findet erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.
4. § 13 b der Satzung tritt mit Beginn des Modellvorhabens für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm in Kraft.

Kassel, den 7. Juni 2005

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Peckmann

Dr. Zimni

Artikel III

Anlage zu § 2 VI der Satzung

Entschädigung gemäß § 41 SGB IV für die ehrenamtliche Tätigkeit.

Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates richtet sich nach § 41 Abs. 3 SGB IV.

Als Pauschbetrag für Zeitaufwand wird für jeden Kalendertag einer Sitzung ein Betrag von 70,00 € gewährt.

Der Pauschbetrag für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates beträgt monatlich 100,00 EUR.

Hinsichtlich der Erstattung der baren Auslagen ist die Entschädigungsregelung vom 29. März 2006 entsprechend anzuwenden.

Kassel, den 18. April 2019

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Aichert

Peckmann