S A T Z U N G

der

novitas bkk

in der Fassung vom 17.10.2026
(zuletzt geändert mit dem 4. Satzungsnachtrag)

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§	Bezeichnung	Seite
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2	Verwaltungsrat	3
§ 3	Ehrenamtliche novitas-Beratende / Vertrauenspersonen	6
§ 4	Vorstand	7
§ 5	Widerspruchsausschuss	8
§ 6	Hauptausschuss	10
§ 7	Kreis der versicherten Personen	10
§ 8	Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 9	Aufbringung der Mittel	12
§ 10	Bemessung der Beiträge	12
§ 11	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	12
§ 12	Höhe der Rücklage	12
§ 13	Leistungen	12
§ 14	Primärprävention	25
§ 15	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	26
§ 16	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	26
§ 17	Wahltarif Selbstbehalt	27
§ 18	Leistungsausschluss	29
§ 19	[unbesetzt]	29
§ 20	Medizinische Vorsorgeleistungen	29
§ 21	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	30
§ 22	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme nach § 53 Absatz (3) in Verbindung mit § 137f SGB V	30
§ 23	Wahltarif besondere Versorgung	31
§ 24	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	31

§	Bezeichnung	Seite
§ 25	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	36
§ 26	Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	36
§ 27	Wahltarife Krankengeld	37
§ 28	Kooperation mit der PKV	43
§ 29	Aufsicht	43
§ 30	Mitgliedschaft zum Landesverband	43
§ 31	Bekanntmachungen	43
§ 32	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	44

Anlagen

]

zu §	Bezeichnung	Seite
Anlage zu § 1 Absatz (2) der Satzung	Satzungsbetriebe	45
Anlage zu §§ 2 und 3 der Satzung	Entschädigungsregelung	52
Anlage zu § 19	[unbesetzt]	55
Anlage zu § 24 Absatz (2) Nr. 2 der Satzung	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	56
Anlage zu § 32 der Satzung	Ausgleich der Aufwendungen für Entgeltfortzahlung	59

Ergänzender Hinweis:
Diese Satzung unterliegt dem Leitprinzip, die Gleichstellung von Frauen und Männern auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen und Menschen mit unterschiedlichen Geschlechteridentitäten durch geschlechtergerechte Sprache in gleicher Weise einzubeziehen. Im Interesse rechtssprachlicher Klarheit gelten bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung die gewählten Formulierungen uneingeschränkt für alle Geschlechter.

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

(1) [1]Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen "novitas bkk" sowie die Kurzbezeichnungen "novitas - Deine fürsorgliche Krankenkasse", "novitas - Deine Krankenkasse".

[2]Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Duisburg.

(2) [1]Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die in der Anlage zu § 1 Absatz (2) genannten Betriebe.

[2]Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) 1. [1]Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. [2]Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

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

3. [1]Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine vorsitzende Person und eine alternierende vorsitzende Person.

[2]Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen der vorsitzenden Person und der alternierenden vorsitzenden Person von Jahr zu Jahr am 1. Januar eines Jahres.

(2) 1. Der Verwaltungsrat besteht aus 15 vertretenden Personen der Versicherten und 15 vertretenden Personen der Arbeitgeber.

2. [1]Abweichend von § 49 Absatz (2) Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht einer wahlberechtigten Person, die zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

[2]Das Stimmrecht einer wahlberechtigten Person, die zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Absatz (1) SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der Betriebskrankenkasse versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Die wahlberechtigte Person, die zur Gruppe der Arbeitsgeber gehört, hat bei

0	-	1	Versicherten	eine Stimme,
2	-	20	Versicherten	zwei Stimmen,
21	-	50	Versicherten	vier Stimmen,
51	bis	100	Versicherten	sechs Stimmen und

je weiteren 1 bis 100 Versicherten zwei weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von vierzig Stimmen.

(3) [1]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.

[2]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,

5. eine leitende beschäftigte Person der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch die alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

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

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

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der prüfenden Person / prüfenden Personen zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

(7) [1]Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu §§ 2 und 3 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. [2]Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

(8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinigen.

(9) [1]Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. [2]Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(10) [1]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. [2]Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(11) [1]Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen = Teilnahme in Präsenz oder per zeitgleicher Bild- und Tonübertragung). [2]Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. [3]Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. [4]Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen. [5]In außergewöhnlichen Notsituationen oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung = Teilnahme ausschließlich per Bild- und Tonübertragung) stattfinden. [6]Die vorsitzende Person des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. [7]Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. [8]Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der novitas bkk liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. [9]Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. [10]Eine digitale Sitzung findet nicht statt,

wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. [11]Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die vorsitzende Person zu richten. [12]Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

(12) [1]In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. [2]Die vorsitzende Person des Verwaltungsrats entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. [3]Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. [4]Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der novitas bkk liegen, sind unbeachtlich. [5]Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(13) Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrats sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

§ 3 Ehrenamtliche novitas-Beratende / Vertrauenspersonen

(1) [1]Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Ehrenamtliche novitas-Beratende / Vertrauenspersonen gewählt. [2]Für den Fall der befristeten Verhinderung vertreten sich sowohl die Ehrenamtlichen novitas-Beratenden gegenseitig als auch die Vertrauenspersonen.

(2) [1]Die Ehrenamtlichen novitas-Beratenden / Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. [2]Ihnen wird ein monatlicher Pauschbetrag für Zeitaufwand gemäß § 41 Absatz (3) Satz 2 SGB IV in Verbindung mit Absatz (4) der Entschädigungsregelung (Anlage zu §§ 2 und 3 der Satzung) gewährt.

(3) [1]Die Ehrenamtlichen novitas-Beratenden haben das Recht und die Pflicht, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen sowie diese zu beraten und zu betreuen.

[2]Sie haben insbesondere die Aufgabe,

1. allgemein Rat und Auskunft in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen,

2. die Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären,

3. die Versicherten über neue gesetzliche Regelungen in der Krankenversicherung zu unterrichten,

4. die Versicherten bei der Antragstellung auf Leistungen zu unterstützen.

[3]Die Vertrauenspersonen haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

§ 4 Vorstand

(1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören zwei Mitglieder an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) [1]Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

[2]Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die Betriebskrankenkasse alleine zu vertreten.

[3]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. den alternierenden vorsitzenden Personen 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 Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten prüfenden Person / prüfenden Personen 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 Leistungserbringenden und mit Liefernden der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

(4) [1]Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit den alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates fest. [2]Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. [3]Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet die vorsitzende Person.

(5) [1]Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt. [2]Der Vorstand erstellt einen Stellenplan.

§ 5 Widerspruchsausschuss

(1) [1]Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird drei Widerspruchsausschüssen übertragen. [2]Die Sitze der Widerspruchsausschüsse befinden sich in Duisburg und Hamburg.

(2) 1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils drei vertretenden Personen der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einer vertretenden Person der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse mit drei Stimmen.

2. Für die Mitglieder des Widerspruchsausschusses werden für die Gruppe der Versichertenvertreter drei stellvertretende Personen und für die Gruppe der Arbeitgebervertreter zwei stellvertretende Personen zur Vertretung im Verhinderungsfalle gewählt, die das Amt in der Reihenfolge ihrer Aufstellung und Verfügbarkeit wahrnehmen (Listenstellvertretung).

3. [1]Die versichertenvertretenden Personen der Widerspruchsausschüsse und deren listenstellvertretenden Personen werden von den versichertenvertretenden Personen des Verwaltungsrates gewählt. [2]Die arbeitgebervertretenden Personen der Widerspruchsausschüsse und deren listenstellvertretenden Personen werden von den arbeitgebervertretenden Personen im Verwaltungsrat gewählt. [3]Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. [4]Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre nachfolgenden Personen das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absätze (3a) und (4) SGB IV gelten entsprechend.

5. [1]Der Vorsitz der Widerspruchsausschüsse wechselt zwischen einer arbeitgebervertretenden Person und einer versichertenvertretenden Person von Jahr zu Jahr. [2]Die Vorsitzenden der Widerspruchsausschüsse sollen nicht der Gruppe angehören, die den amtierenden Vorsitz des Verwaltungsrates stellt. [3]Der Vorsitz wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bestimmt. [4]Die vorsitzenden Personen bestimmen die Schriftführer, die auch mitarbeitende Personen der Betriebskrankenkasse sein können.

6. Der Vorstand oder eine von ihm beauftragte Person nimmt an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse beratend teil.

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

8. [1]Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. [2]Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

9. [1]Die Widerspruchsausschüsse können ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, ein Mitglied des jeweiligen Widerspruchsauschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. [2]Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

10. [1]Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen = Teilnahme in Präsenz oder per zeitgleicher Bild- und Tonübertragung). [2]Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. [3]Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. [4]In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen der Widerspruchsausschüsse digital (digitale Sitzung = Teilnahme ausschließlich per Bild- und Tonübertragung) stattfinden. [5]Die vorsitzende Person des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. [6]Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. [7]Bei technischen Störungen,

die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der novitas bkk liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. [8]Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. [9]Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. [10]Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die vorsitzende Person zu richten.

11. [1]In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. [2]Die vorsitzende Person des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. [3]Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. [4]Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der novitas bkk liegen, sind unbeachtlich. [5]Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von den Widerspruchsausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.

(4) Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchs-stelle nach § 112 Absätze (1) und (2) SGB IV in Verbindung mit § 69 Absätze (2), (3) und (5) Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 6 Hauptausschuss

[1]Die alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates und vier weitere Mitglieder, jeweils zwei vertretende Personen der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und zwei vertretende Personen der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse, bilden den Hauptausschuss. [2]Der Hauptausschuss ist u.a. Vorbereitungsausschuss für die Vertragsangelegenheiten des Vorstandes.

§ 7 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

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

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

(2) Nach § 9 Absatz (1) Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der novitas bkk nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 8 Kündigung der Mitgliedschaft

(1) [1]Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. [2]Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. [3]Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. [4]Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz (2) Satz 1 SGBV die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz (2) Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz (1) Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. [5]Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. [6]Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die novitas bkk nach § 242 Absatz (1) SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz (1) Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird.

(3) [1]Abweichend von Absatz (1) Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. [2]Es gelten Absatz (1) Satz 5 und Satz 6. [3]Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

(4) [1]Wenn ein Wahltarif nach §§ 17 oder 27 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 17 Absatz (6) oder 27 Absatz (16), aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz (4) Satz 1 SGB V gekündigt werden. [2]Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei der Erhöhung nach § 242 Absatz 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Absatz 2 ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 27 gewählt haben.

§ 9 Aufbringung der Mittel

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

§ 10 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.

§ 11 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

[1]Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz (1) SGB V. [2]Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,60 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 12 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

[1]Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),

2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),

3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),

4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),

5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

(2) **Haushaltshilfe**

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe,

   wenn die Anspruchsvoraussetzungen nach § 38 Absatz (1) Satz 1 SGB V vorliegen, das im Haushalt lebende Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

2. [1]Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. [2]Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. [3]Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz (5) in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

(3) **Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit gemäß § 47 Absatz 3 SGB V**

1. [1]Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. [2]Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nichtübersteigen.

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.

(4) **Kostenerstattung**

1. [1]Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. [2]Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. [3]Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringende dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. [4]Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringende rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

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

3. [1]Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. [2]Sie können die Wahl der Kostenerstattung, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben, jederzeit beenden. [3]Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die novitas bkk davon Kenntnis erhält.

4. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung schriftlich oder in elektronischer Form nachzuweisen.

5. [1]Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. [2]Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. [1]Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., höchstens 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. [2]Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. [1]Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringende in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es

sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

[2]Es dürfen nur solche Leistungserbringende 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.

[3]Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. [4]Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. [5]Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. [1]Abweichend von Nr. 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. [2]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.

(5) **Teilkostenerstattung**

[1]Auf Antrag der berechtigten Person nach § 14 SGB V tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. [2]Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der Betriebskrankenkasse bei Gewährung von Sachleistungen entstanden wären. [3]Erstattet wird davon der Prozentsatz, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.

(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. [1]Gemäß § 13 Absatz (2) SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz (1) SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. [2]Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz (1) Satz 6 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

   a. als dasjenige, für das die novitas bkk eine Vereinbarung nach § 130a Absatz (8) SGB V geschlossen hat oder

   b. das gemäß § 129 Absatz (1) Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

   [3]Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. [1]Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. [2]Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die novitas bkk bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. [3]Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. [4]Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe a. in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der vier preisgünstigsten Arzneimitteln, die in Rabattverträgen für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. [5]Davon werden 30 v.H. als Abschlag für die der novitas bkk entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. [6]Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 und Buchstabe b. in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Nr. errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der vier preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. [7]Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Absatz (3) SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. § 13 Absatz (4) Nr. 6 gilt.

(7) Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz (6) SGB V

[1]Die novitas bkk gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz (6) SGB V. [2]Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

[3]Der Zuschuss für die Leistungen nach den Nummern 3 bis 5, 7 bis 8, 12 und 14 ist insgesamt im Kalenderjahr auf 50 Euro je Versicherten begrenzt.

1. Versiegelung von Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

   [1]Die novitas bkk gewährt über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz (6) i.V.m. § 28 Absatz (2) SGB V Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei erstmaliger kieferorthopädischer Versorgung mit Multiband einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100 Euro zur Versiegelung der Glattflächen.

   [2]Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Leistungserbringenden in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

2. Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

   [1]Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar.

   [2]Der Zuschuss beträgt 400 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

   [3]Für die Erstattung ist die spezifizierte Rechnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

3. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

   [1]Die novitas bkk erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), sofern

   a. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

   b. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt oder einer Ärztin auf Privatrezept erfolgte und

   c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und

d. das verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz (1) Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen wurde.

[2]Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz (1) Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

[3]Zur Erstattung sind die Rechnungen der Leistungserbringenden mit ärztlicher Verordnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

4. Osteopathie

[1]Versicherte können bei Vorlage der ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung

a. medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,

b. auf ärztliche Verordnung eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arztes oder berechtigten Ärztin erbracht wird,

c. nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde und

d. qualitätsgesichert, von einem Leistungserbringenden durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung im Umfang von mindestens 1.350 Stunden mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Ist der Leistungserbringende ordentliches Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen, für den die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft erforderlich sind, gilt der Nachweis für die abgeschlossene Ausbildung als erbracht.

[2]Zur Erstattung sind die Rechnungen der Leistungserbringenden mit ärztlicher Verordnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

5. Professionelle Zahnreinigung

[1]Die novitas bkk übernimmt für Versicherte eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr. [2]Voraussetzung ist, dass die

Zahnreinigung von einem an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden – oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt oder Zahnärztin erbracht wird. [3]Die Leistung wird nur dann erbracht, wenn die novitas bkk nicht bereits auf Grund von bestehenden Verträgen eine volle Kostenübernahme geleistet hat. [4]Zur Kostenerstattung ist eine Rechnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

6. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufbereitschaft

[1]Darüber hinaus erstattet die novitas bkk die Kosten bis zu einer Höhe von 150 Euro für die Rufbereitschaft der Hebamme, die in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche entstehen, sofern die Hebamme gemäß §§ 134a Absatz (2) oder 13 Absatz (4) SGB V als Leistungserbringende zugelassen bzw. berechtigt ist.

[2]Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung in schriftlicher oder elektronischer Form vorzulegen.

7. Medizinische Vorsorge

[1]Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die novitas bkk ihren Versicherten die Kosten für folgende, von Ärzten und Ärztinnen durchgeführte oder veranlasste Leistungen, die im Einzelfall beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes im Mutterleib entgegenzuwirken und Risikofaktoren früh zu erkennen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:

a. Toxoplasmose-Test, bei Kontakt mit Tieren –insbesondere mit Katzen-,

b. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern,

c. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,

d. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,

e. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

[2]Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind die Rechnungen der Leistungserbringenden mit ärztlicher Verordnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

8. Geburtsvorbereitungskurse für Väter

[1]Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die novitas bkk die Kosten für von Hebammen, die gemäß § 134a Absatz (2) SGB V oder nach § 13 Absatz (4) SGB V als Leistungserbringende zugelassen bzw. berechtigt sind, durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater.

[2]Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung in schriftlicher oder elektronischer Form vorzulegen.

9. Nicht zugelassene Leistungserbringende – ambulante Behandlung

[1]Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringenden in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. [2]Der Anspruch setzt voraus, dass die novitas bkk mit den nicht zugelassenen Leistungserbringenden eine Vereinbarung nach den Sätzen 3 und 4 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

[3]Die novitas bkk 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 Leistungserbringenden. [4]Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringenden über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringenden verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

[6]Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

[7]Die novitas bkk führt ein Verzeichnis der Leistungserbringenden, mit denen eine Vereinbarung nach den Sätzen 3 und 4 getroffen wurde. [8]Das Verzeichnis erhält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. [9]Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.novitas-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. [10]Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. [11]Auf Wunsch stellt die novitas bkk den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

[12]Für die veranlassten Leistungen gilt § 13 Absatz (4) Nr. 4 bis Nr. 6 entsprechend.

10. Nicht zugelassene Leistungserbringende – stationäre Behandlung

[1]Versicherte können auf Grundlage des § 11 Absatz (6) SGB V und nach den folgenden Absätzen stationäre Krankenhausbehandlung in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus in Anspruch nehmen. [2]§ 39 Absatz (4) SGB V gilt entsprechend. [3]Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die novitas bkk mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung nach den Sätzen 5 und 6 getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

[4]Voraussetzungen für den Anspruch ist ferner, dass

a. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt oder einer Ärztin bescheinigt,

b. der Leistungserbringenden gewährleisten eine vergleichbare Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,

c. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,

d. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringenden wird der novitas bkk vor Behandlungsbeginn vorgelegt,

e. die novitas bkk hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

[5]Die novitas bkk schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. [6]Vertragspartner und Vertragspartnerinnen der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäuser vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.

[7]Die novitas bkk führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach den Sätzen 5 und 6 getroffen wurde. [8]Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. [9]Es wird auf der Internetseite www.novitas-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. [10]Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. [11]Auf Wunsch stellt die novitas bkk den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

11. Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

[1]Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeuntersuchungen hinaus erstattet die novitas bkk im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 80,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

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

b. die Untersuchung wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

[2]Zur Kostenerstattung ist neben der spezifizierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen..

12. Alternative Heilmittel

[1]Versicherte können bei Vorlage der ärztlichen Verordnung folgende alternative Heilmittel in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, auf ärztliche Verordnung eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arztes oder Ärztin erbracht wird und diese nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde:

a. Heileurythmie, medizinische Bäder und Teilkörpermassagen im Rahmen der anthroposophischen Medizin,

b. Teilkörpermassagen und Thermotherapien nach Ayurveda,

c. Feldenkrais,

d. Shiatsu,

e. Tuina und Krankengymnastik nach Qigong im Rahmen der traditionellen chinesischen Medizin.

[2]Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den Naturheilverfahren anthroposophische Medizin, Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionelle chinesische Medizin berechtigten Vertragsarzt oder Vertragsärztin oder auf ärztliche Verordnung durch einen Physiotherapeuten oder Physiotherapeutin, der bzw. die die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 SGB V erfüllt oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arzt oder Ärztin oder Physiotherapeuten oder Physiotherapeutin erbracht wird. [3]Berechtigt ist, wer eine erfolgreich abgeschlossene Fort- oder Ausbildung der unter a. bis e. genannten Therapien der anthroposophischen Medizin, Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionellen chinesischen Medizin absolviert hat oder ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes dieser Naturheilverfahren ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband dieser Naturheilverfahren berechtigt wäre.

[4]Zur Erstattung sind die Rechnungen der Leistungserbringenden mit ärztlicher Verordnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

13. Vollnarkose bei Entfernung von Zähnen

[1]Die novitas bkk gewährt Versicherten nach § 11 Absatz (6) in Verbindung mit § 28 Absatz (2) SGB V die Kosten für eine von einem Vertragszahnarzt oder Vertragszahnärztin, Kieferorthopäden oder Kieferorthopädin oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Leistungserbringenden durchgeführte Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Zähnen in Höhe von bis zu 100 Euro, sofern es sich nicht um eine Leistung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung handelt.

[2]Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

14. Arzneimittel bei Schwangerschaft

[1]Über die gesetzliche Regelung nach § 34 Absatz (1) SGB V erstattet die novitas bkk bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz (1) Satz 1) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod und Folsäure. [2]Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der vertragsärztlichen

Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arzt oder Ärztin auf Privatrezept verordnet wurde und die Einnahme aufgrund der Schwangerschaft medizinisch notwendig ist. [3]Das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung muss von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels (Versandapotheke) bezogen worden sein.

[4]Zur Erstattung sind die ärztliche Verordnung und die Quittung der Apotheke in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen.

15. Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

[1]Die novitas bkk übernimmt im Einzelfall die Kosten für eine Knochendichtemessung – Osteodensitometrie mittels zentraler DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie] – am Schenkelhals oder der Lendenwirbelsäule. [2]Der Anspruch gilt für Versicherte ab dem 50. Lebensjahr, wenn noch keine Diagnose aus dem ICD-Bereich M80, M81 oder M82 vorliegt, jedoch bereits bestehende Risikofaktoren (z. B. Vorerkrankungen, Medikamente oder familiäre Veranlagungen) auf eine Schwächung der Knochengesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen. [3]Der Anspruch setzt eine ärztliche Überweisung voraus und gilt nur, sofern die Untersuchung in einer Vertragspraxis oder bei einem nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt und in den letzten 5 Jahren keine vergleichbare Leistung in Anspruch genommen wurde.

[4]In besonderen Einzelfällen, bei speziellen Kombinationen von Risikofaktoren, kann diese Untersuchung auch für Versicherte vor dem 50. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. [5]Grundlage hierfür sind die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. in der S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“.

[6]Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung des Arztes in schriftlicher oder elektronischer Form vorzulegen.

[7]Die novitas bkk erstattet die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 60 Euro, jedoch maximal in der Höhe der tatsächlich angefallenen Aufwendungen.

§ 14 Primärprävention

[1]Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

1. Setting-Ansatz

2. individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:
   Bewegungsgewohnheiten:

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

   Ernährung:

   a. Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
   b. Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

   Stressmanagement:

   a. Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multi-modales Stressmanagement)
   b. Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regenerativ Stressmanagement)

   Suchtmittelkonsum:

   a. Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
   b. Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums.

[2]Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst oder in ihrem Auftrag durch Dritte erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

[3]Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im oben genannten Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Zuschuss je Kurs in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten gewährt.

[4]Die Leistungen nach den vorgenannten zwei Sätzen sind begrenzt auf einen Wert von maximal 300,00 EUR je Kalenderjahr, wobei für Leistungen der Betriebskrankenkasse bzw. für in ihrem Auftrage durch Dritte erbrachte Leistungen der Betrag maßgeblich ist, der von der Kasse kassenfremden Teilnehmern für diese Maßnahmen in Rechnung gestellt wird. [5]Innerhalb dieses Budgets kann einmal je Kalenderjahr für Block- und Kompaktkurse ein Zuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 220,00 EUR gewährt werden. [6]Im Kalenderjahr werden höchstens bis zu 2 Maßnahmen erstattet.

§ 15 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) [1]Die novitas bkk bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. [2]Insbesondere werden Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren von der novitas bkk angeboten, die dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

(2) Die von der novitas bkk gewährten Leistungen müssen den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz (2) SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

(3) [1]Die novitas bkk bietet die Leistungen nach Buchstabe b selbst an und informiert ihre Versicherten darüber in geeigneter Form. [2]Versicherte können mehrere Leistungen je Kalenderjahr in Anspruch nehmen.

(4) Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne direkten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. Anwendung von Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten, dürfen von der novitas bkk nicht angeboten werden.

§ 16 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Die novitas bkk übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz (1) SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen:

(1) Die novitas bkk übernimmt auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der

Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

(2) Die novitas bkk übernimmt auch aufgrund einer individuell gestellten ärztlichen Impfindikation als Satzungsleistung zusätzlich folgende Impfungen:

1. Herpes zoster-Impfung für Versicherte ab 55 Jahren ohne gesundheitliche Gefährdung

2. Humane Papillomaviren- Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs für Frauen und Männer vom 18. bis 26. Lebensjahr

3. Grippeschutzimpfung ohne Altersbeschränkung und vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen

(3) [1]Die Leistung wird grundsätzlich als Sachleistung erbracht. [2]Sofern keine vertraglichen Regelungen bestehen, hat die Betriebskrankenkasse die Kosten der Schutzimpfungen im Wege der Kostenerstattung zu übernehmen. [3]Der Erstattungsbetrag ist auf kalenderjährlich 200 € je Versicherten begrenzt.

§ 17 Wahltarif Selbstbehalt

(1) [1]Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). [2]Bei einem Jahreseinkommen bis zu 36.000,- EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt in Tarifklasse 1 125,- EUR, in Tarifklasse 2 200,- EUR und in Tarifklasse 3 275,- EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 36.000,01 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt in Tarifklasse 4 500,- EUR.

(2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

1. die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz (2) SGB V und nach §§ 24 bis 24b SGB V,

2. zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Absatz (1) Satz 4 Nr. 2 SGB V,

3. vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen mit Ausnahme von Kieferbruch-/Paradontose- und kieferorthopädische Behandlung, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgegolten sind (§ 87a Absatz (3) SGB V).

(3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz (2) in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Abweichend davon werden ambulante ärztliche Leistungen wie folgt je Leistungsfall auf den Selbstbehalt angerechnet:

Ambulante ärztliche Behandlung mit Verordnungsfolgen	35,- EUR

(4) [1]Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. [2]Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 125,- EUR (Tarifklasse 1) jährlich 100,- EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 200,- EUR (Tarifklasse 2) jährlich 150,- EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 275,- EUR (Tarifklasse 3) jährlich 200,- EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 500,- EUR (Tarifklasse 4) jährlich 400,- EUR. [3]Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz (1) Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten. [4]Die Zahlung der Prämie für das 1. Jahr erfolgt mit der Einschreibung im Voraus. [5]Die Zahlung für das 2. und 3. Prämienjahr erfolgt nach Beendigung des Tarifes, spätestens jedoch zum 30.06. des Folgejahres. [6]Zu leistende Selbstbehalte und bereits gezahlte Vorschüsse werden in Abzug gebracht.

(5) [1]Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. [2]Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz (1) und die Prämienzahlung nach Absatz (4) anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V oder § 225 SGB V besteht. [3]Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz (1) die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden oder der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist. [4]Versicherungslücken bis zu 30 Tagen im Kalenderjahr sind jedoch auf die Teilnahme unschädlich.

(6) [1]Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt 3 Jahre. [2]Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz (1) erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse und endet nach Ablauf von 3 Jahren seit Beginn der Teilnahme, ohne dass es einer Kündigung bedarf. [3]Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz (4) SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. [4]Endet die Mitgliedschaft kraft Gesetzes, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt.

[5]Das Mitglied erklärt die Wahl des Wahltarifs schriftlich oder unter Nutzung des Onlineangebots. [6]Ein Wechsel der gewählten Tarifklasse ist innerhalb des dreijährigen Teilnahmezeitraums nicht möglich.

[7]Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz (1) nicht wählen. [8]Mitglieder mit Beitragsrückstand können den Tarif nicht wählen.

[9]Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. [10]Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. [11]Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. [12]Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 18 Leistungsausschluss

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

(2) [1]Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen haben die Versicherten der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass sie sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben haben, 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 sie von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass sie bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet sind. [2]Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. [3]Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst einschalten.

§ 19 [unbesetzt]

§ 20 Medizinische Vorsorgeleistungen

[1]Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz (2) SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, eine Pauschale von 100,00 EUR bei einer Mindestdauer von 14 Kalendertagen.

[2]Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25,00 EUR.

§ 21 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

(1) [1]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 und Hausärztinnen, Gemeinschaften von Hausärzten und Hausärztinnen, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringende, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten und Hausärztinnen dazu ermächtigt wurden. [2]Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) [1]Die Teilnahme an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung erfolgt per Teilnahmeerklärung. [2]Diese kann schriftlich oder elektronisch abgegeben werden.

(4) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

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

§ 22 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme nach § 53 Absatz (3) in Verbindung mit § 137f SGB V

(1) Die novitas bkk bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

(2) Inhalt und Ausgestaltung ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 23 Wahltarif besondere Versorgung

(1) [1]Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. [2]Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) Die Teilnahme an einem Vertrag zur besonderen Versorgung erfolgt per Teilnahmeerklärung. Diese kann schriftlich oder elektronisch abgegeben werden.

(4) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

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

§ 24 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben gemäß den weiteren Voraussetzungen Anspruch auf einen Bonus.

1. Der Bonus wird innerhalb des Bonuszeitraums von einem Kalenderjahr für in diesem Zeitraum nachgewiesene bonusfähige Leistungen gewährt.

2. Der Bonus kann im Auszahlungsjahr in der Zeit vom 01.01. bis 31.12. durch Vorlage der Nachweise geltend gemacht werden. Nicht geltend gemachte Beträge verfallen mit Ablauf des 31.03. des auf das Teilnahmejahr folgenden Kalenderjahres

(2) Bonusfähige Leistungen und Voraussetzungen im Bonusprogramm

1. „Vorsorge-Bonus“ nach § 65a Absatz (1) SGB V:

Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt, dem sonstigen Anbieter oder in anderer geeigneter Form zu bestätigen.

a. nachgewiesene Teilnahme an einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung oder an einer einmaligen Maßnahme gemäß § 25 SGB V

b. nachgewiesene Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 oder 25a SGB V

c. nachgewiesene Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung U10 – J2

d. nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen U7 - U9 gemäß § 26 SGB V

e. nachgewiesene vollständige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 und nachgewiesene Inanspruchnahme von Impfungen im 1. Lebensjahr gemäß der STIKO-Empfehlung für Kinder

f. nachgewiesene Teilnahme an einer gesetzlich empfohlenen Zahnvorsorgeuntersuchung ab dem 2. Lebensjahr oder professionelle Zahnreinigung

g. nachgewiesene einmalige Impfung (bei mehrstufigen Impfungen wird Vollständigkeit gefordert) ab dem 2. Lebensjahr gemäß der Empfehlung der STIKO für das Inland sowie der STIKO-Empfehlung für Kinder und Jugendliche oder gemäß § 16 Absatz (2) der Satzung der novitas bkk

h. nachgewiesene Teilnahme an einer Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach § 20 SGB V

i. nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft gemäß Mutterschaftsrichtlinie.

2. „Aktiv-Bonus“ nach § 65a Absatz (1a) SGB V:

[1]Versicherte ab dem 17. Lebensjahr haben Anspruch auf den „Aktiv-Bonus“. [2]Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt oder der Ärztin, dem sonstigen Anbietenden oder in anderer geeigneter Form zu bestätigen.

a. Sportverein
   - Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in Sportvereinen oder § 20 SGB V oder

qualitätsgesichertes Fitness-Studio
- Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in qualitätsgesicherten Fitness-Studios

b. nachgewiesene Teilnahme an einer Gesundheitsaktion einer Krankenkasse im Setting-Ansatz Lebenswelten nach § 20a SGB V

c. qualifizierte Gesundheitskurse
- nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 SGB V

d. Teilnahme an öffentlicher Sportveranstaltung
- sportlicher Leistungsnachweis: Teilnahme an einer von einem Sportverband anerkannten Sportveranstaltung, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleitende gesichert ist. Im Mittelpunkt der sportlichen Aktivität muss eine körperliche Ausdauerleistung stehen oder

Deutsches Sportabzeichen, Schwimmabzeichen oder Wanderabzeichen
- nachgewiesene Teilnahme durch Vorlage der Sportabzeichen Urkunde oder Wanderabzeichenurkunde Nachweis Teilnahme an einem vom Bundesverband zur Förderung der Schwimmausbildung anerkannten Schwimmkurs.

[3]Der Bonus nach den Buchstaben d. wird nur in Verbindung mit einer bonusfähigen Leistung nach den Buchstaben a. bis c. gewährt.

3. „Aktiv Young-Bonus“ nach § 65a Absatz (1a) SGB V:

[1]Versicherte zwischen dem 2. und dem 16. Lebensjahr haben Anspruch auf den „Aktiv Young- Bonus“. [2]Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt oder Ärztin, dem sonstigen Anbietenden oder in anderer geeigneter Form zu bestätigen.

a. Sportverein
- Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in Sportvereinen

b. qualifizierte Gesundheitskurse
- nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 SGB V

c. Eltern-Kind-Turnen
   - Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in Sportvereinen oder

   Schwimmkurs
   - Nachweis der Teilnahme an einem vom Bundesverband zur Förderung der Schwimmausbildung anerkannten Schwimmkurs

d. Teilnahme an öffentlicher Sportveranstaltung
   - sportlicher Leistungsnachweis: Teilnahme an einer von einem Sportverband anerkannten Sportveranstaltung, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleitende gesichert ist. Im Mittelpunkt der sportlichen Aktivität muss eine körperliche Ausdauerleistung stehen oder

   Deutsches Sportabzeichen, Schwimmabzeichen oder Wanderabzeichen
   - nachgewiesene Teilnahme durch Vorlage der Sportabzeichen Urkunde

e. nachgewiesene Teilnahme an einer Gesundheitsaktion einer Krankenkasse im Setting-Ansatz Lebenswelten nach § 20a SGB V.

[3]Der Bonus nach den Buchstaben d. wird nur in Verbindung mit einer bonusfähigen Leistung nach den Buchstaben a. bis c. gewährt.

4. „Newcomer-Bonus“ nach § 65a Absatz (1a) SGB V:

[1]Versicherte bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres und Versicherte ab dem 17. Lebensjahr haben Anspruch auf den „Newcomer-Bonus“. [2]Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt oder Ärztin, dem sonstigen Anbietenden oder in anderer geeigneter Form zu bestätigen

a. nachgewiesene Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs durch eine qualifizierte Hebamme

b. Babyschwimmen
   - Nachweis der Teilnahme an einem vom Bundesverband zur Förderung der Schwimmausbildung anerkannten Schwimmkurs

c. nachgewiesene Teilnahme an einer Rückbildungsgymnastik, insoweit sie durch qualitätsgesicherte Übungsleitende durchgeführt wurde.

(3) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen des Bonus können sie zwischen vier Bonusvarianten entscheiden

1. Im Bonusprogramm „Vorsorge-Bonus“ nach Absatz (2) Nr. 1 werden folgende Beträge als Geldleistung gewährt:

   zu a. jeweils 10 €,
   zu b. jeweils 10 €,
   zu c. jeweils 10 €,
   zu d. jeweils 10 €,
   zu e. einmalig 150 €,
   zu f. einmalig 10 €,
   zu g. jeweils 10 €,
   zu h. einmalig 10 €,
   zu i. einmalig 10 €.

2. Im Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ nach Absatz (2) Nr. 2 werden folgende Beträge als Geldleistung gewährt:

   zu a. einmalig 40 €,
   zu b. einmalig 10 €,
   zu c. einmalig 10 €,
   zu d. einmalig 10 €.

3. Im Bonusprogramm „Aktiv Young-Bonus“ nach Absatz (2) Nr. 3 werden folgende Beträge als Geldleistung gewährt:

   zu a. einmalig 20 €
   zu b. einmalig 20 €
   zu c. einmalig 20 €
   zu d. einmalig 20 €
   zu e. einmalig 10 €

4. Im Bonusprogramm „Newcomer-Bonus“ nach Absatz (2) Nr. 4 werden folgende Beträge als Geldleistung gewährt:

   zu a. einmalig 10 €,
   zu b. einmalig 100 €,
   zu c. einmalig 10 €.

(4) Versicherte erhalten im Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ nach Absatz (2) Nr. 2 als Bonus eine nicht zweckgebundene Prämie oder einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme für die in der Anlage aufgeführten Leistungen.

1. Der Geldbonus nach Absatz (3) Nr. 2 erhöht sich um 100 €, wenn mindestens drei bonusfähige Leistungen nach Absatz (3) Nr. 2 im Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ erreicht werden.

2. Der zweckgebundene Zuschuss nach Absatz (3) Nr. 2 beträgt maximal 300 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlich nachgewiesenen Kosten, für die in der Anlage aufgeführten Leistungen (Absatz (3) der Anlage zu § 24 Absatz (3) Nr. 2), wenn mindestens drei bonusfähige Leistungen nach Absatz (3) Nr. 2 im Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ erreicht werden.

(5) Eine Übertragung des Wertguthabens auf das Folgejahr ist nicht möglich.

§ 25 Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutz- / Arbeitssicherheitsgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

(2) [1]Die novitas bkk schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile / Standorte einen Bonusvertrag ab. [2]Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 26 Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten Angebot und gemäß § 20 Absatz (5) SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mindestens zu 80 % teilnehmen, welches der Arbeitgeber anbietet oder an einer Aktion ihres Arbeitgebers zur Krankheitsverhütung (Impfaktionen, Screenings, Check-Ups) teilnehmen.

(2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10 EUR jährlich nach Beendigung einer absolvierten Maßnahme ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz (1) nachgewiesen wurden.

(3) Maßnahmen nach § 26 können nicht nach § 24 bonifiziert werden.

§ 27 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

(1) [1]Die novitas bkk bietet den in § 53 Absatz (6) SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. [2]Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben und am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente erreicht haben, können diesen Tarif nur wählen, wenn sie

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

[3]Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

(2) [1]Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. [2]Eine auf Kosten der novitas bkk durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz (2) SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz (4) SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. [3]Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der novitas bkk bestehen. [4]Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz (1) SGB V in Verbindung mit den Arbeitsunfä-

higkeits-Richtlinien des G-BA und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. [5]Soweit nachfolgend nichts anderweitig geregelt ist, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend.

[6]Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

(3) [1]Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. [2]Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 45, S 65 und S 85) (Karenzzeit)

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K),

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. [3]Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. [4]Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz (14) festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. [5]Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

[6]Für Mitglieder, die nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz (14)), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.

(4) [1]Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. [2]Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten / Ärztinnen und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. [3]Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der novitas bkk nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. [4]Die novitas bkk kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

(5) [1]Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz (5) SGB V gilt entsprechend. [2]Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(6) [1]Der Anspruch auf Krankengeld endet

1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zu dem in § 53 Absatz (6) SGB V genannten Personenkreis,

2. mit dem Bezug einer der in § 50 Absatz (1) SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,

3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz (2) Satz 2 SGB VI,

4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz (15) oder (16),

5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der novitas bkk,

6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente, wenn das Mitglied nicht

   in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder

   mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder

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

[2]Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.

Höhe

(7) [1]Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von einem 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße 45,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 45),

2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von einem 28. Teil der monatlichen Bezugsgröße 65,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 65),

3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Krankenversicherung 85,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 85).

[2]Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V/Tarifschlüssel K).

(8) [1]Das Mitglied hat auf Verlangen der novitas bkk sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. [2]Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens ist der novitas bkk unverzüglich anzuzeigen. [3]Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. [4]Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. [5]Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

(9) [1]Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz (4) durch das Mitglied voraus. [2]Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

(10) [1]Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 365 Tage innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren, gerechnet vom Tage

des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). [2]Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. [3]Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

(11) Abweichend von Absatz (10) besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

(12) [1]Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. [2]§ 50 Absatz (2) SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs- / Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. [3]Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. [4]Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt (fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich). [5]Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

(13) [1]Die §§ 16, 18 Absatz (1) Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. [2]Ebenso gelten die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

(14) [1]Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung bei der novitas bkk folgt. [2]Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. [3]Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

[4]Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue einjährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

(15) [1]Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche oder elektronische Erklärung spätestens 1 Monat zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der novitas bkk. [2]Abweichend von § 175 Absatz (4) Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der novitas bkk vorbehaltlich Absatz (16) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. [3]Ein Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags gemäß § 175 Absatz (4) Satz 6 SGB V besteht nach den Vorgaben des § 53 Absatz (6) in Verbindung mit Absatz (8) Satz 1 und 2 SGB V nicht.

(16) [1]Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. [2]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, wirksam. [3]Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 vom Hundert, bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

(17) [1]Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz (8) die in Absatz (7) genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. [2]Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der novitas bkk über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

(18) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen

Tarif	**Bemessung/Euro**
S 45	21,78 EUR
S 65	54,45 EUR
S 85	74,25 EUR
K	0,75 vom Hundert der gegenüber der Künstlersozialkasse abgegebenen Einkommensschätzung.

(19) [1]Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. [2]Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. [3]Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. [4]Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Absatz (2) SGB I.

(20) [1]Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens

bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

[2]Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurückzuzahlen.

(21) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach § 19 Absatz (2) VwVG erhoben.

(22) Die novitas bkk darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz (2) SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 28 Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 194 Absatz (1a) SGB V

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 29 Aufsicht

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

§ 30 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NORDWEST als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 31 Bekanntmachungen

(1) [1]Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse novitas bkk erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter ***www.novitas-bkk.de***, sowie nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in den Geschäftsstellen und durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

[2]Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. [3]Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. [4]Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

(2) [1]Des Weiteren veröffentlicht die novitas bkk im elektronischen Bundesanzeiger und unter der Homepage ***www.novitas-bkk.de*** zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. [2]Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der novitas bkk veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der novitas bkk aus. [3]Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. [4]Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 32 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

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

Bereich der Betriebskrankenkasse
- Anlage zu § 1 Absatz (2) der Satzung -

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebsstätten folgender Arbeitgeber:

1. ThyssenKrupp Aktiengesellschaft, Duisburg und Essen

2. ThyssenKrupp Steel Europe AG, Duisburg, in
   - 2.1 Duisburg-Hamborn
   - 2.2 Duisburg-Beeckerwerth
   - 2.3 Duisburg-Ruhrort
   - 2.4 Duisburg-Hüttenheim
   - 2.5 Finnentrop

3. TKL GmbH, Duisburg

4. Tridelta Dortmund GmbH, Dortmund

5. ThyssenKrupp DeliCate GmbH, Düsseldorf

6. ArcelorMittal Hochfeld GmbH, Duisburg

7. Institute, Kliniken und Verwaltungen der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

8. Boehringer Ingelheim microParts GmbH, Dortmund

9. TIB Chemicals AG, Mannheim

10. Gleitlagertechnik Essen GmbH, Essen

11. ATB Schorch GmbH, Mönchengladbach

12. Statistik der Kohlenwirtschaft e. V., Essen

13. Bergbau-Verwaltungs GmbH, Essen

14. DMT Gesellschaft für Lehre + Bildung mbH, Bochum

15. Aachener Straßenbahn und Energieversorgungs-AG, mit der Hauptverwaltung und Betriebsstellen in Aachen

16. Alexanderwerk AG, Remscheid

17. Merseburger Verpackung GmbH, Merseburg

18. Weber Industrieller Rohrleitungsbau & Anlagenbau Merseburg GmbH & Co.KG, Merseburg

19. Interessengemeinschaft Bildung Leuna – Merseburg e.V., Leuna

20. LEUNA - Harze GmbH, Leuna

21. LEUWO Leuna - Wohnungsgesellschaft mbH, Bad Dürrenberg
.

22. Schiele Kabel-Bau-Elektro GmbH, Leuna

23. Fit GmbH, Zittau OT Hirschfelde

24. Taminco Germany GmbH, Leuna

25. TÜV Nord MPA Gesellschaft für Materialprüfung und Anlagensicherheit mbH & Co. KG, Leuna

26. ISL-Industriehandel & Service GmbH Leuna, Merseburg

27. Vantage Leuna GmbH, Leuna

28. LEUNA-EURKommerz GmbH, Leuna

29. GKN Driveline Deutschland GmbH, Offenbach a.M.

30. Siebenwurst Werkzeugbau GmbH, Zwickau

31. Snop Automotive Zwickau GmbH, Zwickau

32. Fahrzeug-Entwicklung-Sachsen (FES) GmbH, Zwickau

33. Kissing GmbH, Menden

34. Eaton Industries GmbH, Hauptverwaltung, Bonn
    - 34.1 Werk Bonn
    - 34.2 Werk Gummersbach
    - 34.3 Werk Holzhausen
    - 34.4 Werk Köln
    - 34.5 Werk Gladbach
    - 34.6 Werk Dausenau

35. Eaton Electric GmbH, Bonn
    - 35.1 VB Gilching

36. AXA Konzern AG, Köln

37. AXA Lebensversicherung AG, Köln

38. AXA Krankenversicherung AG, Dortmund

39. Deutsche Ärzteversicherung AG, Dortmund

40. AXA Customer Care GmbH, Köln

41. ThyssenKrupp Rasselstein GmbH, Andernach

42. Aurubis AG, Hamburg

43. PEUTE BAUSTOFF GmbH, Hamburg

44. Altenloh, Brinck & Co. GmbH & Co. KG, 58256 Ennepetal, Kölner Str. 71 – 77

45. SPAX-International GmbH & Co. KG, 58256 Ennepetal, Kölner Str. 71 – 77

46. ABC Umformtechnik GmbH & Co. KG, Gevelsberg

47. TK Elevator GmbH, Essen
    - 47.1 TK Aufzugswerke GmbH
    - 47.2 Thyssen Fahrtreppen GmbH
    - 47.3 TK Aufzüge GmbH, Neuhausen auf den Filden mit folgenden Niederlassungen:
        - 10785 Berlin
        - 01067 Dresden
        - 04275 Leipzig
        - 22113 Hamburg
        - 24161 Altenholz
        - 28816 Stuhr
        - 30179 Hannover
        - 33699 Bielefeld
        - 34131 Kassel
        - 35394 Gießen
        - 39106 Magdeburg
        - 40471 Düsseldorf
        - 44287 Dortmund
        - 45145 Essen
            - Münchener Str. 100
            - Münchener Str. 100 C
        - 50354 Hürth
        - 60388 Frankfurt am Main
        - 65462 Ginsheim-Gustavsburg
        - 66130 Saarbrücken
        - 68219 Mannheim
        - 71762 Reutlingen
        - 73765 Neuhausen auf den Fildern
            - Bernhäuser Straße 45
            - Strohgäustr. 1
        - 74223 Flein
        - 76227 Karlsruhe
        - 78224 Singen Hohentwiel

- 79108 Freiburg im Breisgau
- 85622 Feldkirchen
- 89160 Dornstadt
- 90449 Nürnberg
- 93055 Regensburg
- 95448 Bayreuth
- 99091 Erfurt

48. thyssenKrupp Technologies Beteiligungen GmbH, Essen

49. Ruhrbahn GmbH, Essen

50. Walzengießerei, Meiderich GmbH, Duisburg

51. Doncasters Precision Castings-Bochum GmbH, Bochum

52. Meta Regalbau GmbH & Co. KG, Arnsberg

53. Seppelfricke Gießerei Technik GmbH & Co. KG, Gelsenkirchen

54. Maschinenfabrik Köppern GmbH & Co. KG, Hattingen

55. Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftung, Essen

56. Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gGmbH, Essen

57. Widia GmbH, Essen

58. Bär & Ollenroth KG, Berlin mit den Bereichen Berlin, Cottbus, Fürstenwalde, Luckenwalde, Potsdam, Rathenow, Groß-Machnow

59. Holzhauer KG, Merzig

60. HTI Collin & Schulten KG, Duisburg

61. Westend Druckereibetriebe GmbH, Essen

62. thyssenkrupp Services GmbH, Essen

63. Neu Seeschiffahrt GmbH, Hamburg

64. Consist Software Solution GmbH, Kiel

65. Rhein-Ruhr Collin KG, Duisburg

66. Metall Spezialrohr GmbH, Ahlen

67. Wickeder Westfalenstahl GmbH in Wickede (Ruhr) und das dazugehörende Werk in Hagen

68. AUBI Baubeschläge GmbH in Hermeskeil und Reinsfeld

69. Blohm + Voss B.V. & Co. KG, Hamburg

70. Zeppelin Aviation & Industrial Service GmbH, Friedrichshafen

71. GALERIA S.à r.l. & Co. KG
- 71.1 Bad Homburg
- 71.2 Bamberg
- 71.3 Bayreuth
- 71.4 Berlin, Kurfürstendamm
- 71.5 Berlin-Spandau
- 71.6 Bochum, Ruhrpark
- 71.7 Bremen
- 71.8 Dresden
- 71.9 Düsseldorf, Schadowstraße
- 71.10 Duisburg
- 71.11 Erfurt
- 71.12 Essen
- 71.13 Frankfurt, Zeil
- 71.14 Freiburg, im Breisgau
- 71.15 Fulda
- 71.16 Gießen
- 71.17 Göttingen
- 71.18 Goslar
- 71.19 Hamburg
- 71.20 Hamburg, Alstertal-Einkaufszentrum
- 71.21 Hamburg-Elmsbüttel
- 71.22 Karlsruhe
- 71.23 Kiel, Sophienblatt
- 71.24 Köln
- 71.25 Konstanz
- 71.26 Landshut
- 71.27 Limburg
- 71.28 Lörrach
- 71.29 Lüneburg
- 71.30 Magdeburg
- 71.31 Memmingen
- 71.32 Mülheim-Heissen
- 71.33 München-Schwabing
- 71.34 Münster
- 71.35 Offenburg
- 71.36 Potsdam-Stadtpalais
- 71.37 Rosenheim
- 71.38 Singen
- 71.39 Wiesbaden
- 71.40 Wismar

72. Mediengruppe Mitteldeutsche Zeitung GmbH & Co.KG, Halle

73. PHOENIX Compounding Technology GmbH mit den Standorten Hamburg und Waltershausen (Landkreis Gotha)

74. PHOENIX Dichtungstechnik GmbH mit den Standorten Hamburg und Waltershausen (Landkreis Gotha)

75. Conseo GmbH, Hamburg

76. INTECH Thüringen GmbH, Waltershausen (Landkreis Gotha)

77. Conti Tech MGW GmbH mit seinen Standorten Hann. Münden, Hedemünden und Oedelsheim

78. New-York Hamburger Gummi-Waaren Compagnie AG, Lüneburg

79. ESSO Deutschland GmbH
    - 79.1 Zentrale Hamburg, Läger

80. Hydranten – Betriebs OHG, Frankfurt am Main

81. Advanced Nuclear Fuels GmbH, Lingen/Ems

82. TLS Tanklager Stuttgart GmbH, Stuttgart

83. Energie-Tankdienstgesellschaft mbH, Bremen

84. ExxonMobil Central Europe Holding GmbH, Hamburg

85. Deutsche Infineum GmbH & Co. KG, Köln

86. SMS group GmbH
    - 86.1 Düsseldorf
    - 86.2 Hilchenbach
    - 86.3 Mönchengladbach
    - 86.4 Schwerin

87. SMS Schloemann-Siemag AG & Co. OHG, Hilchenbach

88. INGERSOLL Werkzeuge GmbH
    - 88.1 Standort Haiger
    - 88.2 Standort Vaihingen-Horrheim

89. OPS-INGERSOLL Funkenerosion GmbH, Burbach

90. Waldrich Siegen GmbH & Co. KG, Siegen

91. Gontermann-Peipers GmbH, Siegen

92. Rexnord Kette GmbH, Betzdorf

93. AMOVA GmbH, Hilchenbach

94. KWP Informationssysteme GmbH
    - 94.1 Standort Ergolding
    - 94.2 Standort Chemnitz

95. Inter Data Systems GmbH, Maintal

96. Outokumpu Nirosta GmbH
    - 96.1 Standort Krefeld
    - 96.2 Standort Dillenburg
    - 96.3 Standort Sachsenheim

97. STEAG GmbH, Essen

98. Iqony GmbH, Essen

99. STEAG Power GmbH, Essen

Entschädigungsregelung
- Anlage zu §§ 2 und 3 der Satzung -

(1) Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

   [1]Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. [2]Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Absatz (2) Satz 1 BRKG zu kürzen.

   [3]Übernachtungsgeld nach dem jeweils gültigen Satz des Bundesreisekostengesetzes. [4]Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

   Fahrkosten

   [5]Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (zum Beispiel Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

   [6]Dabei können erstattet werden:

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

   b. bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-Klasse,

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

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

   [1]Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmendenanteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmende nach § 168 Absatz (1) Nr. 5 SGB VI selbst

zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

[2]Wird durch schriftliche Erklärung der berechtigten Person glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. [3]Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

[1]Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90,00 EUR. [2]Als Sitzung gelten auch digitale oder hybride Sitzungen gemäß § 2 Absatz (11) und § 5 Absatz (2) Nr. 10 der Satzung.

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

[1]Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und gegebenenfalls Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. [2]Das gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für ausschussvorsitzende Personen und ihre Stellvertretung

Die vorsitzenden Personen von Ausschüssen und ihre Stellvertretung erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

(2) Besondere Entschädigung für die alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates

[1]Die alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 630,00 EUR. [2]Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

(3) Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

[1]Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder der alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach Absatz (1) Nr. 1 und 2.

[2]Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrages gezahlt. [3]Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

(4) Entschädigung für Ehrenamtliche novitas-Beratende

Die Ehrenamtlichen novitas-Beratenden erhalten einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 45,00 EUR.

(5) Pauschaler Auslagenersatz für die alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates

Die alternierenden vorsitzenden Personen des Verwaltungsrates erhalten als Ersatz für ihre Auslagen eine monatliche pauschale Entschädigung in Höhe von 68,00 EUR.

- Anlage zu § 19 -

[unbesetzt]

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- Anlage zu § 24 Absatz (2) Nr. 2 der Satzung -

Verzeichnis nach § 24 Absatz (2) Nr. 2 der Satzung der novitas bkk für Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“

(1) Versicherte können den erworbenen Bonusanspruch anstelle der Geldleistung auch für die Erstattung von Ausgaben für nachgewiesene Gesundheitsleistungen verwenden.

(2) Der erworbene Geldbonus erhöht sich pauschal um 100 Euro oder für die Erstattung von Ausgaben für nachgewiesene Gesundheitsleistungen erhöht sich der bisher erworbene Bonusanspruch (Geld) pauschal um 300 Euro, maximal jedoch um die tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Leistungen nach Absatz (3) Nr. 1 – 33, sofern mindestens drei bonusfähige Leistungen nach § 24 Absatz (2) Nr. 2 erreicht werden.

(3) Für die Erstattung der nachfolgend benannten Leistungen sind die Rechnungen in schriftlicher oder elektronischer Form einzureichen:

1. [1]Erstmaliger Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegeergänzungsversicherung (mit Ausnahme der Auslandsreiseversicherung),

   [2]Die Erstattung bezieht sich ausschließlich auf den ersten Jahresbeitrag.

2. [1]Sportmedizinische Untersuchung.

   [2]Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

3. Teilnahme an folgenden Kursen, insoweit das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet ist: Eltern-Baby-Kurs (Pekip®, DELFI®, ElBa®), Baby-Schwimmkurs, Eltern-Kind-Turnen.

4. Kosten und Gebühren für einen Daten- und Dokumentenservice für medizinische Notfälle,

5. Erstattung von Sehhilfen, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

6. Erste Hilfe-Kurs,

7. Fahrsicherheitstraining,

8. Irisdiagnostik,

9. Sehtest, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

10. Akupunktur, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

11. Chelattherapie,

12. Einlagerung von Nabelschnurblut,

13. [1]Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus.

    [2]Mindestanforderung an das Gerät sind die Aufzeichnung von Schritten, Pulsfrequenz, Aktivitäten und Schlaf,

14. Intrauterinpessare (Spirale) für Frauen bis zum 22. Lebensjahr, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

15. Heilpraktiker- und Heilpraktikerinnenbehandlung, soweit nicht gesundheitsschädlich,

16. Gesundheitsreise (Eigenanteil),

17. Personal Training durch qualifizierte Fitnesstrainer und Fitnesstrainerinnen,

18. Implantatversorgung bei einer zahnärztlichen Behandlung,

19. privatärztliche Behandlung bei Vertragsärzten und Vertragsärztinnen,

20. kieferorthopädische Behandlung außerhalb der GKV,

21. Osteopathie, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vor-schriften leistungspflichtig ist,

22. Hebammenrufbereitschaft,

23. Doula,

24. ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel mit ärztlicher Verordnung,

25. Gesundheitskurse (auch online) außerhalb der Zertifizierung,

26. professionelle Zahnreinigung, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

27. Impfstoffe, sofern die novitas bkk nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

28. Sportausrüstung (maximal 2 Artikel),

29. Fitnessstudiobeitrag,

30. Startgebühr für die Teilnahme an einer Sportveranstaltung,

31. Babymassagen,

32. Aus- und Fortbildung für Übungsleiter / Trainer im Bereich Breitensport. Hierzu zählen die Lizenzen C-, B-, oder A, die vom Deutschen Olympischen Sportbund oder seiner Fachverbände vergeben werden,

33. Behandlung mit Lachgas bei Versicherten, die sich einer kieferorthopädischen Behandlung unterziehen und sich in einer Angstsituation befinden.

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) - Anlage zu § 32 der Satzung -

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)

§ 1 Anwendbare Vorschriften

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

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber, Erstattungsanspruch

(1) [1]Die novitas bkk erstattet den nach § 1 Absatz (1) und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 60 vom Hundert des für den in § 3 Absatz (1) und (2) und den in § 9 Absatz (1) des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. [2]Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer und Arbeitnehmerin höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt. [3]Für Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) sind die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge i. S. d. § 1 Absatz (1) Nr. 2 AAG mit dem oben genannten Erstattungssatz abgegolten

(2) [1]Die novitas bkk erstattet den nach § 1 Absatz (2) und (3) AAG am Umlageverfahren U 2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 20 Absatz (1) des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. [2]Die vom Arbeitgeber nach § 1 Absatz (2) Nr. 3 AAG getragenen Sozialversicherungsbeiträge und die Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit werden in vollem Umfang erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

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

(2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

(3) [1]Die novitas bkk verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. [2]Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. [3]Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz (3) AAG).

§ 4 Umlagesätze

(1) Der Umlagesatz U1 beträgt 2,30 vom Hundert.

(2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,30 vom Hundert.

§ 5 Widerspruchsausschuss

§ 5 der Satzung der novitas bkk gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der arbeitgebervertretenden Personen mitwirken.

§ 6 Organe, Zusammensetzung

(1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der novitas bkk obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

(2) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die vertretenden Personen der Arbeitgeber mit.

(3) [1]Im Verwaltungsrat übt, sofern die vertretenden Personen der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils die vertretende Person der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzes aus, der zur vorsitzenden Person bzw. stellvertretenden vorsitzenden Person des Organs gewählt worden ist. [2]Für den Fall einer Verhinderung wählt die Gruppe der arbeitgebervertretenden Personen im Verwaltungsrat eine Stellvertretung.

(4) Die vertretenden Personen der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Haushaltsplan, Jahresrechnung

(1) Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.

(2) Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat.

(3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Rechnungsprüfungsausschuss zur Vorbereitung der Abnahme der Jahresrechnung.

(4) [1]Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen und dem Rechnungsprüfungsausschuss nach Absatz (3) vorzulegen. [2]Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.