

Satzung der Betriebskrankenkasse Herkules



Fassung vom 7. Juni 2005 mit dem 30. Nachtrag vom 01. September 2023

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 nicht belegt
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 nicht belegt
- § 10a Erhebung von Mahngebühren
- § 10b Beitragsvorschüsse
- § 10c Übertragung des Ausgleichsverfahren
- § 10d Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
 - § 12a Primärprävention
 - § 12b Schutzimpfungen
 - § 12c Leistungsausschluss
 - § 12d Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
 - § 12e Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen
 - § 12f Osteopathie
 - § 12g Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung –
 - § 12h Leistungen besonderer Therapierichtungen
 - § 12i Professionelle Zahnreinigung
 - § 12j Schwangerschaftsleistungen
 - § 12k Sonstige Leistungen
 - § 12l künstliche Befruchtung
 - § 12m zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel
 - § 12n Zahnärztliche Behandlung
 - § 12o Erweiterte Vorsorgeleistungen bei Risikofaktoren
 - § 12p Sportmedizinische Untersuchung und Beratung
 - § 12q Vorsorgeuntersuchung
 - § 12r Brustkrebsuntersuchung
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
 - § 13a nicht belegt
 - § 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- § 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif integrierte Versorgung
- § 13f nicht belegt
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14b Einmalbonus
- § 14c nicht belegt
- § 14d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
- § 14e Digitale Versorgungsprodukte (Hilfsmittel)
- § 15 Wahltarif Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel III

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Betriebskrankenkasse Herkules.

Sie ist 1888 errichtet worden.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Kassel.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf

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

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Regionen:

- Hessen
- Niedersachsen
- Bayern.

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 - 1.a Die Betriebskrankenkasse Herkules nimmt am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Sozialwahlen 2023 gemäß § 194a SGB V teil. Wahlberechtigte können alternativ zur brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe im elektronischen Wahlverfahren über das Internet vornehmen (Online-Wahl).
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

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

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz bbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. In besonderen Situationen, die die Durchführung einer Präsenzsitzung ausschließen (z.B. eine Pandemie) kann der Verwaltungsrat über alle Beratungsgegenstände schriftlich ohne Sitzung abstimmen, es sei denn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

§ 4 Widersprachausschuss

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

- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widersprachausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widersprachausschusses beratend teil.
 7. Der Widersprachausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 9. Der Widersprachausschuss kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
 - a) bei Änderungen von Beschlüssen des Widersprachausschusses, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstim-

mung zu bringen,

b) in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Widerspruchsausschusses im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,

c) in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keine Beratung bedürfen,

d) bei Vorliegen wichtiger Gründe, die eine Präsenzsitzung ausschließen (z.B. aufgrund von Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit einer Epidemie oder Pandemie). Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse Herkules versicherten Personen gehören
 1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) oder Versicherungsberechtigten (§ 9 SGB V)

- II. Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- III. Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse Herkules unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie zu dem in § 1 Abs. 2 der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

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

§ 6 nicht belegt

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 1,09 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 nicht belegt

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

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

§ 10b Beitragsvorschüsse

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

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

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

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

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

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 26 Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Über die gesetzlichen Ansprüche hinaus erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die BKK Herkules die Kosten der Behandlung trägt, längstens jedoch für drei Monate und für maximal vier Stunden je Kalendertag.
2. Voraussetzung für Leistungen nach Abs. 3 Nr. 1 ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
3. Die BKK Herkules gewährt außerdem Haushaltshilfe, wenn dem Versicherten neben einer ambulanten ärztlichen Behandlung und akuter Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und die BKK Herkules die Kosten der Behandlung trägt. Diese Haushaltshilfe wird für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 28 Einsatztage je Kalenderjahr und maximal 4 Stunden täglich gewährt.
4. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzu-
sehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemesse-

ner Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an die Kostenerstattung gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse. Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit

beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der Erklärung über die Beendigung bei der Betriebskrankenkasse.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., mindestens 3,00 € und maximal 30,00 € für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung je Behandlungsfall zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v.H., mindestens 3,00 EUR und maximal 30,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimittel die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 1. als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 2. das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

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

§ 12a Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten: Gesundheitssportliches Bewegungstraining
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme: Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung: Kurs zur ausgewogenen Ernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht: Gewichtsreduktions-Kurs

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten: Stressreduktions-Training

Genuss- und Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelgebrauchs: Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse Herkules selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern werden, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, die nachgewiesenen Kursgebühren in voller Höhe erstattet. Der Gesamtzuschuss wird auf 560 Euro je Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Die Teilnahme ist durch die Vorlage einer Teilnahmebestätigung nachzuweisen.

- II. Die BKK Herkules beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche. Sie wird durch die Gesundheitsservice Management GSM GmbH mit Sitz in Leverkusen durchgeführt. Die BKK Herkules zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventionsprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss maximal in Höhe von 200,00 EUR bzw. maximal von 150,00 EUR für Kinder ab 6 Jahren. Der Zuschuss wird jährlich einmal gezahlt.

§ 12b Schutzimpfungen

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

§ 12c Leistungsausschluss

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

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

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

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

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

§ 12f Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK Herkules übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet wird der Rechnungsbetrag bis maximal 50,00 EUR je Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

§ 12g Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung –

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Herkules mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
2. Die BKK Herkules trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

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

§ 12h Leistungen besonderer Therapierichtungen

1. Für ärztlich verordnete anthroposophische Heilmittel (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) werden Kosten in Höhe von maximal 200 Euro jährlich erstattet, sofern der Leistungserbringer Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einem Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt. Voraussetzung ist ferner, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.
2. Für ärztlich verordnete weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren werden die Kosten in Höhe von maximal 200,00 EUR jährlich erstattet. Weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren sind Leistungen, die im aktuellen Hufeland Leistungsverzeichnis aufgeführt sind. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistungen durch einen zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den Naturheilverfahren Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionelle chinesische Medizin berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztlicher Verordnung durch einen Physiotherapeuten, der die Zulassungsvoraussetzungen im Sinne des § 124 Abs. 1 SGB V erfüllt, oder im Sinne des § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird. Berechtig ist, wer eine erfolgreich abgeschlossene Fort- oder Ausbildung der genannten Therapieformen absolviert hat oder ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes dieser Naturheilverfahren ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband dieser Naturheilverfahren berechtigt wäre. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

§ 12i Professionelle Zahnreinigung

1. Die BKK Herkules erstattet Kosten für eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, um Zahnerkrankungen zu verhüten.
2. Zur Erstattung sind die Originalrechnung des Vertragszahnarztes vorzulegen. Der Zuschuss beträgt maximal 40,00 € pro Kalenderjahr, jedoch jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
3. Wird der Zuschuss nicht bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt, verfällt der Anspruch auf die Zahlung eines Zuschusses.

§ 12j Schwangerschaftsleistungen

Die BKK Herkules gewährt ihren schwangeren Versicherten einmal je Schwangerschaft ein Budget in Höhe von 600 Euro. Im Rahmen dieses Budgets werden nachgewiesene Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen erstattet:

1. Nehmen schwangere Versicherte nach entsprechender ärztlichen Beratung und Aufklärung bei einem Vertragsarzt vorgeburtliche Ergänzungsuntersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken wie zusätzliche Blutuntersuchungen (z.B. B-Streptokokken, Toxoplasmose, Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen), zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (z. B. Dopplersonografie, weiterführende Ultraschallkontrolle), in Anspruch, können sie die Kosten hierfür erstattet verlangen. Die Leistungen dürfen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24d SGBV in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.
2. Schwangere Versicherte können die Erstattung von Kosten beanspruchen, die ihnen durch Selbstbeschaffung von zusätzlichen, vertragsärztlich verordneten, durchgeführten oder veranlassten Leistungen zur Minimierung des konkreten Risikos einer Frühgeburt, wie zum Beispiel Teststreifen zur Untersuchung des intravaginalen pH-Wertes entstehen, beanspruchen. Von der Erstattung sind Kosten für solche Leistungen ausgenommen, die der Gemeinsame Bundesausschuss ausgeschlossen hat.
3. Schwangere Versicherte können die Erstattung von Kosten für die Selbstbeschaffung von allen nichtverschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arz-

neimitteln mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium und oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate beanspruchen. Gleiches gilt für versicherte Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes für alle nichtverschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat. Die Erstattung erfolgt, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurde. Erstattungen von Nahrungsergänzungsmitteln auch mit diesen Wirkstoffen sind nicht möglich. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

4. Wählen schwangere Versicherte im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung und Versorgung mit Zahnfüllungen eine über § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V hinausgehende Versorgung können sie die Mehrkosten für Alternativfüllungen mit Kunststoffen, Keramik und Metalllegierungen beanspruchen, sofern sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind.
5. Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme oder einen freiberuflich tätigen Entbindungspfleger in Anspruch nehmen, können die Erstattung der Kosten für die vertraglich vereinbarte Rufbereitschaft der Hebamme, die ihnen in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen, verlangen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Der Erstattungsbetrag ist auf 350 Euro begrenzt. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.
6. Schwangere Versicherte können als Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft die Erstattung von zusätzlichen Kosten beanspruchen, die ihnen dadurch entstehen, dass sie gemeinsam mit einer Begleitperson an einem Geburtsvorbereitungskurs durch eine gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene oder gemäß § 13 Absatz 4 SGB V berechnigte Hebamme teilnehmen. Die Begleitperson muss bei der BKK Herkules versichert sein.
7. Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft,

Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, können sie die Erstattung der Kosten hierfür beanspruchen. Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen oder Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind und dass sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V - Anlage 1.2 „Leistungsbeschreibung zur Geburtsvorbereitung in der Gruppe“ orientieren. Kosten für die Teilnahme an weiteren Erweiterungsangeboten werden nicht erstattet.

8. Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer, sofern bei der BKK Herkules versichert.

§ 12k Sonstige Leistungen

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden jährlich maximal 70,00 Euro für:

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

Die BKK Herkules gewährt folgende Zuschüsse:

1. Für Brillengläser oder Kontaktlinsen bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von mindestens 0,5 Dioptrien je Auge. Der Anspruch besteht alle zwei Jahre, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf Zahlung eines Festzuschusses für Sehhilfen besteht. Für jedes Brillenglas bzw. jede Kontaktlinse werden höchstens 15,00 EUR erstattet.
2. 20,00 EUR je Zahn für höherwertige Kunststofffüllungen max. 200,00 EUR jährlich.
3. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf Bezuschussung von Kursen aus den Bereichen Baby-

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

§ 12l Künstliche Befruchtung

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

§ 12m Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

- I. Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets bzw. Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgsversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.
- II. Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, werden zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung übernommen. Die restlichen 20 Prozent werden erstattet, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungs-

plan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal werden Kosten in Höhe von 2.000 EUR übernommen.

§ 12n Zahnärztliche Behandlung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die BKK Herkules bei Vorlage der Rechnung die Kosten für folgende, von Zahnärzten oder Kieferorthopäden durchgeführte oder veranlasste Leistungen:

1. Anästhesie (Vollnarkose) und Sedierung bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern dies nicht eine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlichen Kosten, es werden maximal 100 Euro erstattet.
2. Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss für Versicherte unter 18 Jahren. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlichen Kosten, es werden maximal 20 Euro je Zahn erstattet.
3. Versiegelung von Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlichen Kosten, es werden max. 100 EUR erstattet.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen einzureichen.

§ 12o Erweiterte Vorsorgeleistungen bei Risikofaktoren

Soweit bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, erstattet die BKK Herkules im Einzelfall über den gesetzlichen Anspruch nach § 23 SGB V hinaus gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren für folgende von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen:

- I. Untersuchungen für Personen in der Altersgruppe von 18 - 34 Jahren alle drei Jahre die tatsächlichen Kosten, maximal 35 Euro für eine Untersuchung bei Risikofaktoren wie Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie
- II. Untersuchungen auf Hautkrebs. Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut, einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines unter Einsatz der Dermatoskopie für Personen in der Altersgruppe von 15 - 34 Jahren alle zwei Jahre die tatsächlichen Kosten, maximal 30 Euro für eine Hautkrebsuntersuchung bei einem erhöhten Risiko auf nicht-melanozytären Hautkrebs (Hauttyp I und II, aktinische Keratose, nicht-melanozytärer Hautkrebs in der Eigenanamnese oder Immunsuppression) oder auf ein malignes Melanom (Hauttyp I bis III beim Vorliegen von kongenitalen Pigmentmalen, multiplen gutartigen Pigmentmalen von mehr als

40, atypischen Pigmentmalen von mehr als fünf oder bei Pigmentmalen mit einem Durchmesser größer als 2 mm).

§ 12p Sportmedizinische Untersuchung

- I. Im Einzelfall können Versicherte eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
- II. Die BKK Herkules erstattet bis zu 80 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Satz 1 und nicht mehr als 160 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 12q Vorsorgeuntersuchung

- I. Versicherte können eine medizinische Vorsorgeleistung in Anspruch nehmen, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder deren Krankheitsbeschwerden zu vermeiden und die Behandlungsmethode nicht durch den G-BA ausgeschlossen ist.
- II. Folgende abschließend genannten medizinischen Vorsorgeleistungen (außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges) können Versicherte in Anspruch nehmen:
 - a) Darmkrebsvorsorge
 - b) Brustkrebsvorsorge
 - c) Gesundheits-Check-Up (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten)Hierzu zählen alle Maßnahmen, die nach der Richtlinie des G-BA über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten als Inhalt von Gesundheitsuntersuchungen festgelegt sind.

d) Ultraschalluntersuchung.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach den Buchstaben a bis d von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt werden, der approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung, noch nicht vorliegt, jedoch Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

- III. Die BKK Herkules erstattet je Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres einmalig je Leistung nach Absatz 2, Buchstaben a bis d die tatsächlich entstandenen Kosten in voller Höhe, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 30,00 Euro je Untersuchung. Soweit die Leistungen nach Absatz 2, Buchstaben a bis d bereits im gleichen Kalenderjahr in Anspruch genommen wurden und die BKK Herkules hierfür die Kosten im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung übernommen hat, ist insoweit eine Kostenerstattung nicht möglich.

§ 12r Brustkrebsuntersuchung

- I. Die BKK Herkules übernimmt einmalig im Kalenderjahr über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:
- die Untersuchung wird von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Frauenarzt veranlasst,
 - die Versicherten weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach.
- II. Die BKK Herkules stellt ihren Versicherten die Leistung kostenfrei als Sachleistung zur Verfügung. Sofern Versicherte die unter Absatz 1 aufgeführte Behandlung unter Erfüllung der genannten Voraussetzungen selbst bezahlen mussten, erstattet die BKK Herkules die Kosten bis maximal 58,50 Euro.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.

§ 13a nicht belegt

§ 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsverträgen oder die Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

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

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

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

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

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

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

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

§ 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

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

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

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

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

§ 13e Wahltarif integrierte Versorgung

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

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

§ 13f nicht belegt

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte können am Bonusprogramm der BKK Herkules (GesundLeben bzw. Herkulesbonus oder Babybonus) für gesundheitsbewusstes Verhalten auf der Grundlage von § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten einen Gesundheitsbonus, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme von

- Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V), Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V), Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V),
- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V, § 12b der Satzung) oder
- regelmäßigen Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, § 12a der Satzung) oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

aktiv für ihre Gesundheit einsetzen. Das Nähere regeln die Anlagen 1 bis 3 zur Satzung der BKK Herkules.

Anlage 1 zu § 14 der Satzung der BKK Herkules

Teilnahmebedingungen am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

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

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

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

2. Erklärung und Dauer der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm ist vom Versicherten beziehungsweise dessen gesetzlichem Vertreter zu erklären. Sie erfolgt über die Online-Geschäftsstelle bzw. Mobile BKK App der BKK Herkules oder schriftlich durch Verwendung der entsprechenden Teilnahmeformulare. Die Teilnahme gilt für das Jahr in dem die Teilnahme erklärt wurde. Bei Neugeborenen beginnt die Teilnahme ab dem Tag der Geburt, wenn sie innerhalb von sechs Monaten danach erklärt wird. Der Erklärung steht es gleich, wenn eine Leistung nach § 14 der Satzung direkt zur Bonifizierung bei der BKK Herkules eingereicht wird.

Die Teilnahme endet grundsätzlich mit Ablauf des Kalenderjahres. Die Bonuszahlungen müssen bis zum 31. März des Folgejahres unter Vorlage aller notwendigen Nachweise beantragt werden.

Für Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des jeweiligen Bonuszeitraumes kann kein Bonus erworben werden. Dies gilt auch für Gesundheitsmaßnahmen, die außerhalb der Versicherungszeiten bei der BKK Herkules durchgeführt werden.

Mit dem Ende der Versicherung bei der BKK Herkules endet zugleich auch die Teilnahme am Bonusprogramm.

3. Bonusprogramme

Die BKK Herkules bietet für drei Altersgruppen die Teilnahme am Bonusprogramm an:

- Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann der Baby-Bonus gewählt werden. Die Teilnahme am Baby-Bonusprogramm endet mit Vollendung des 1. Lebensjahres

- Ab Vollendung des 1. Lebensjahres kann der HerkulesBonus gewählt werden. Die Teilnahme am Kinder-Bonusprogramm endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres
- Ab Vollendung des 18. Lebensjahres kann der GesundLeben-Bonus gewählt werden.

Die Teilnehmenden erhalten Bonuspunkte für Gesundheitsmaßnahmen entsprechend der Anlage 2 zu § 14 der Satzung. Die Summe der Bonuspunkte je Teilnahmejahr bestimmt die Höhe des Gesundheitsbonus. 1 Bonuspunkt hat den Wert von 1,00 Euro.

Alternativ zur direkten Auszahlung als Geldprämie, können die Teilnehmenden ihren Gesundheitsbonus mit dem Faktor 1,5 als zweckgebundenen Zuschuss wählen. Dieser wird den Teilnehmenden als Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen gezahlt. Das Nähere regelt die Anlage 3 zu § 14 der Satzung.

4. Besonderheiten beim Babybonus

Der Bonus für das Neugeborenen-Hörscreening und die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U3 werden nur gezahlt, wenn die versicherte Person zur Zeit der Durchführung der Untersuchungen bei der BKK Herkules versichert ist und alle Vorsorgeuntersuchungen vollständig durchgeführt wurden. Nur einzelne Kinder-Vorsorgeuntersuchungen mit Ausnahme des Neugeborenen-Hörscreenings und der kinderzahnärztlichen Untersuchung berechtigen nicht zur Beanspruchung eines Teils oder des gesamten hierfür vorgesehenen Bonus.

Ein Bonus für die Vorsorgeuntersuchungen U4 bis U6 wird berücksichtigt, wenn die Untersuchungen vollständig durchgeführt wurden. Die Durchführung nur eines Teils der Vorsorgeuntersuchungen berechtigt nicht zur Inanspruchnahme des Bonus. Der Bonus wird fällig, nachdem die U6 durchgeführt wurde. Der Nachweis erfolgt durch eine Kopie des Kinder- und Jugenduntersuchungshefts, des Impfausweises oder durch eine schriftliche Bestätigung des Kinderarztes/Zahnarztes.

5. Treuebonus für Kinder

Bei der Teilnahme am Bonusprogramm erhält jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einen Treuebonus, wenn jährlich die Teilnahme des Kindes an mindestens zwei Maßnahmen nach Anlage 2 zu § 14 der Satzung nachgewiesen wird. Die Höhe des Treuebonus pro Kind ist wie folgt gestaffelt:

- nach 3 Teilnahmejahren: 60 Euro
- nach 6 Teilnahmejahren: 90 Euro
- nach 9 Teilnahmejahren: 120 Euro
- nach 12 Teilnahmejahren: 180 Euro
- nach 15 Teilnahmejahren: 250 Euro
- nach 18 Teilnahmejahren: 500 Euro

Werden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen nach Anlage 2 zu § 14 der Satzung erbracht, verfällt der gesamte bis dahin erworbene Treuebonus. Scheidet ein anspruchsberechtigtes Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres aus dem Bonusprogramm aus, verfällt sein bis dahin erworbener Treuebonus ebenfalls.

Der Treuebonus kommt mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung. Zum Auszahlungszeitpunkt muss eine gültige Versicherung bei der BKK Herkules bestehen.

6. Nachweis der Gesundheitsmaßnahmen

Die Gesundheitsmaßnahmen sind vom Teilnehmer in der von der BKK Herkules vorgegebene Form zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Einreichung von Rechnungen, Verträgen oder anderer geeigneter Nachweise. Sofern dem Teilnehmenden hierfür Kosten entstehen, werden diese von der BKK nicht erstattet.

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

Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmer oder in ein anderes Kalenderjahr ist nicht möglich.

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

7. Bonusgewährung

Der Bonus wird nach Wahl der versicherten Person als Geldprämie oder als Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 3 zur Satzung der BKK Herkules gezahlt.

Die Auszahlung der Geldprämie erfolgt auf Antrag, sobald die Voraussetzungen erfüllt sind. Je 1 Bonuspunkt entspricht einer Geldprämie von 1 Euro. Eine Auszahlung erfolgt ab 10 Punkten. Der Antrag mit sämtlichen Nachweisen muss spätestens am 31.03. des Folgejahres bei der BKK Herkules eingegangen sein. Mit Übermittlung des Erstattungsantrages erfolgt die Erklärung, dass für das betroffene Kalenderjahr die Geldprämie gewählt wird.

8. Verfall des Anspruchs auf den Gesundheitsbonus

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

Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des oder der Versicherten bei der BKK Herkules können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

Anlage 2 zu § 14 der Satzung der BKK Herkules

Eine Bonifizierung ist mit den entsprechenden Punkten möglich, wenn mindestens eine der folgenden Maßnahmen nachgewiesen wird:

	Bonuspunkte ab 18 Jahre	Bonuspunkte für Kinder (bis 18. Lj.)	Bonuspunkte für Babys	Anmerkungen
Früherkennung (§ 65a Abs. 1 SGB V)				
Check-up ab 18 Jahre	15	entfällt	entfällt	einmal im Kalenderjahr
Check-up ab 35 Jahre	15	entfällt	entfällt	alle drei Jahre
Früherkennung Gebärmutter- halskrebs und Krebserkrankung des Genitals ab 20 Jahren	15	entfällt	entfällt	jährlich bei Frauen
Früherkennung Brustkrebs ab 30 Jahren	15	entfällt	entfällt	alle drei Jahre
HPV-Screening ab 35 Jahre	10	entfällt	entfällt	alle drei Jahre
Vorsorgeleistung zur Verhütung und Früherkennung von Haut- krebs	15	15	entfällt	alle zwei Jah- re
Früherkennung Prostata und äußeres Genital ab 45 Jahren	10	entfällt	entfällt	jährlich
Mammographie-Screening 50 bis 70 Jahre	10	entfällt	entfällt	alle zwei Jah- re
Darmkrebs-Screening 50 bis 54 Jahre	10	entfällt	entfällt	jährlich
Darmkrebs-Screening 50 bis 54 Jahre (oder zwei Darmspiegelung im Abstand von mindestens 10 Jahren)	10	entfällt	entfällt	jährlich
Darmkrebs-Screening ab 55 Jahre (oder zwei Darmspiegelung im Abstand von mindestens 10 Jahren)	10	entfällt	entfällt	alle zwei Jah- re
Früherkennung Bauchaorten- aneurysmen ab 65 Jahren	10	entfällt	entfällt	einmalig
U1 bis U3	entfällt	entfällt	50	
U4 bis U6	entfällt	entfällt	50	
U7	entfällt	10	entfällt	
U7a	entfällt	10	entfällt	
U8	entfällt	10	entfällt	
U9	entfällt	10	entfällt	
U10	entfällt	10	entfällt	
U11	entfällt	10	entfällt	
J1	entfällt	10	entfällt	
J2	entfällt	10	entfällt	
Neugeborenenhörscreening	entfällt	entfällt	50	einmalig
Kinderzahnärztliche Untersu- chung 6. bis 9. Lebensmonat	entfällt	entfällt	20	einmalig
Kinderzahnärztliche Untersu- chung 10. bis 20. Lebensmonat	entfällt	10	20	einmalig
Kinderzahnärztliche Untersu- chung 21. bis 33. Lebensmonat	entfällt	10	entfällt	einmalig
Drei Kinderzahnärztliche Unter- suchung 34. Lebensmonat bis Vollendung 6. Lebensjahr (Ab- stand mindestens 12 Monate)	entfällt	10	entfällt	einmalig

Kinderzahnärztliche Untersuchung 6 bis 18 Lebensjahr	entfällt	10	entfällt	jährlich
Schutzimpfungen nach § 20i SGB V	15	15	15	nur für vollständige Immunisierung
Verhaltensbezogene Prävention (§ 65a Abs. 1a SGB V)				
Reiseschutzimpfungen	10	10	10	nur für vollständige Immunisierung
Zahnvorsorge gemäß § 22 SGB V	20	20	entfällt	1 x jährlich
Professionelle Zahnreinigung	15	15	entfällt	1 x jährlich
Teilnahme an Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 SGB V (auch online)	5	5	entfällt	pro Kalenderjahr wird 1 Kurs bonifiziert
Nachweis Nichtraucherstatus	20	20	entfällt	jährlich
Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs	10	10	entfällt	einmalig
Messwerte im Normbereich Blutdruck: Systolischer Druck unter 140 mm HG Diastolischer Druck unter 90 mm Hg Blutfettwerte (Cholesterinspiegel): Wert unter 220 mg/100 ml Blutzucker: Glukosekonzentration im Blut beträgt nüchtern 60 bis 110 mg/dl (6,1 mmol/l)	20	20	entfällt	jährlich
Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	15	15	entfällt	jährlich
Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio	10	10	entfällt	jährlich
Regelmäßige Teilnahme am Betriebssport	10	10	entfällt	jährlich
Regelmäßige Teilnahme am Hochschulsport	10	entfällt	entfällt	jährlich
Rückbildungsgymnastik	10	entfällt	entfällt	
Baby-Schwimmkurs	entfällt	entfällt	10	
Schwimmkurs	10	10	entfällt	jährlich
Eltern-Kind-Turnen	10	10	entfällt	jährlich
Gewaltprävention in der Schule	entfällt	10	entfällt	
Vorlage eines Sportleistungsabzeichens (z.B. Wander-, Schwimm- oder Sportabzeichen)	15	15	entfällt	einmalig je Abzeichen und Jahr
Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung	10	10	entfällt	
Geburtsvorbereitungskurs Mutter	10	entfällt	entfällt	
Geburtsvorbereitungskurs Mutter & Vater gemeinsam	10	entfällt	entfällt	
Aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen	10	10	entfällt	1 x jährlich
Anschaffung von Sport- und Fitnessgeräten	5	5	entfällt	einmalig
Anschaffung von Geräten zur Messung der Fitness	5	5	entfällt	einmalig
Durchführung eines Sehtests	5	5	entfällt	1 x jährlich
Private Zusatzversicherungen bei Kooperationspartnern	5	5	entfällt	1 x jährlich
Auslandskrankenversicherung	5	5	entfällt	1 x jährlich
Body-Max-Index liegt zwischen 18 bis 27	20	20	entfällt	1 x jährlich
Teilnahme an qualitätsgesicher-	15	15	entfällt	

ten Maßnahmen zur Entwicklungsförderung für Kinder bis zum Alter von drei Jahren (z.B. PEKIP – Prager-Eltern-Kind-Programm)				
Blutspende	5	5	entfällt	1 x jährlich
Organspendeausweis	5	5	entfällt	einmalig
Registrierung in der Deutschen Knochenmark-Spenderdatei	5	5	entfällt	einmalig
Zahnversiegelung	entfällt	10	entfällt	bis zur Vervollendung des 16. Lebensjahres
Nutzung der BKK Herkules App oder Onlinegeschäftsstelle	10	10	entfällt	1 x jährlich
Erwerb Frühschwimmabzeichen, Seepferdchen	Entfällt	10	entfällt	einmalig

Anlage 3 zu § 14 der Satzung der BKK Herkules

Zweckgebundener Zuschuss

Versicherte, die am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 14 teilnehmen, können auf die Auszahlung einer Geldprämie verzichten und ihre Bonuspunkte in einen zweckgebundenen Zuschuss für die Kosten der nachfolgend aufgeführten selbst finanzierten Leistungen eintauschen. Dabei werden die erworbenen Bonuspunkte mit dem Faktor 1,5 multipliziert. Der Zuschuss muss mit sämtlichen Nachweisen bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres, in dem die Bonuspunkte erworben wurden, bei der BKK Herkules beantragt werden. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der beantragten Leistung bei der BKK Herkules versichert war.

Der zweckgebundene Zuschuss für eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen wird jeweils nur einmal pro Rechnung bzw. Nachweis und Jahr gewährt. Das Ausstellungsdatum der Rechnung darf zum Zeitpunkt der Beantragung nicht mehr als 24 Monate zurückliegen. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Höhe der Sachprämie werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

- Akupunktur
- Anthroposophische Heilmittel (z.B. Heileurythmie)
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Funktionsanalyse)
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Gesundheitskurse (auch Online)
- Geburtsvorbereitende Akupunktur
- Hebammen-Leistungen
- Hörhilfen
- IGELE Leistungen (z.B. PSA-Wertmessung, Glaukom-Vorsorge)
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen
- Mitgliedschaft in einem Sportverein/Fitnessstudio
- Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Osteopathie (sofern die in § 12f genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Private Zusatzversicherungsverträge der Kooperationspartner der BKK Herkules
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Rufbereitschaft (sofern die in § 12j Abs. 2a genannten Voraussetzungen erfüllt sind)

- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen
- Sehtest
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (sofern die in § 12p genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sport- und Fitnesskurse (auch Online)
- Sportveranstaltungen (Start-/Teilnahmegebühren)
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Sono-Check, M2-PK Stuhltest, Bestimmung HbA1c-Wert zur Diabetes-Vorsorge)
- Zahnersatz und Zahnkronen
- Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft

§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

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

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

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

d) Betriebliches Vorschlagswesen

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

- VI. Bei der BKK Herkules versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus (GesundArbeiten) für die nachgewiesene Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die der Arbeitgeber aufgrund des mit der BKK Herkules geschlossenen Vertrages nach Absatz 1 anbietet. Die Höhe des an die BKK Herkules-versicherten Beschäftigten zu zahlenden Bonus richtet sich nach der Anzahl der erfolgreich absolvierten Maßnahmen unterschiedlichen Inhalts. Die Bonuszahlung ist auf 200 Euro im Jahr je Versicherten begrenzt. Maßnahmen nach § 14a können nicht nach § 14 bonifiziert werden. Näheres zur Bonusgewährung ist in der Anlage 4 zu dieser Satzung geregelt.

Anlage 4 zu § 14a der Satzung der BKK Herkules

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

1. BKK Gesundheitsbonus

Beschäftigte, die bei der BKK Herkules versicherte sind, erhalten einen Bonus in Höhe von 100 Euro für jede erfolgreiche Teilnahme an einer Maßnahme nach Ziffer 2. Eine Teilnahme nach Ziffer 2 ist erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der jeweiligen Maßnahme durch den Beschäftigten absolviert wurden.

2. Bonifizierbare Maßnahmen

Bonifiziert werden Maßnahmen aus den Handlungsfeldern (Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes)

- Bewegung
- Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
- Stressbewältigung oder Entspannung sowie
- Suchtmittelkonsum

die der individuellen gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung dienen, mit maximal 15 Teilnehmern und einer Gesamtdauer von mindestens sechs Zeitstunden.

3. Einzelmaßnahmen

Neben den Maßnahmen nach Ziffer 2 werden auch Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen als Einzelmaßnahme mit einem Bonus von 25 Euro je durchgeführter Maßnahme honoriert. Voraussetzung ist, dass die Einzelmaßnahme den Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes entspricht und der Teilnehmer bei der BKK Herkules versichert ist. Einzelmaßnahmen können z.B. Gesundheitscheck, Hautkrebsscreening etc. sein.

4. Nachweis und Verfahren

Der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme erfolgt durch die vom Kursleiter geführten Teilnehmerlisten oder Teilnahmebestätigung. Die Bonuszahlung erfolgt jeweils nach Beendigung der absolvierten Maßnahme und ist durch den Versicherten zu beantragen.

5. Verfall des Bonusanspruchs

Der Bonusanspruch verfällt sechs Monate nach der mit der BKK Herkules nach § 14a geschlossenen Vertrages. Über diesen Zeitpunkt werden die bei der BKK Herkules versicherten Beschäftigten nach erfolgreichem Abschluss der jeweiligen Maßnahme gesondert informiert.

5. Beendigung des Bonusmodells

Die BKK Herkules behält sich die Beendigung des Bonusmodells vor. Dies gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung des Bonusmodells durch die Aufsichtsbehörde der BKK Herkules.

§ 14b Einmalbonus

- I. Mitglieder erhalten einen einmaligen Bonus von 60,00 Euro als sofortige Geldprämie. Voraussetzung ist, dass sie zwei der in der Anlage 2 zu § 14 der Satzung genannten Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention im gleichen Kalenderjahr nachweisen können.
- II. Der Nachweis der Voraussetzungen des § 14 der Satzung muss spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem die nachgewiesene Maßnahme durchgeführt wurde bei der BKK Herkules eingereicht werden.
- III. Mitglieder, die den Bonus nach § 14b der Satzung in Anspruch nehmen, können den Bonus nach § 14 der Satzung für das selbige Kalenderjahr nicht beanspruchen.

§ 14c nicht belegt

§ 14d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

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

§ 14e Digitale Versorgungsprodukte (Hilfsmittel)

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

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

§ 15 Wahltarif Krankengeld

Die BKK Herkules bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 5 die Bestandteil dieser Satzung ist.

Anlage 5 zu § 15 Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

1. Die BKK Herkules bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt. Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente)

durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche oder elektronische Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK Herkules unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Herkules aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Herkules haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Herkules nachzuweisen und die BKK Herkules über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60 - 63, 65, 66 - 67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

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

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

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahlta-

rifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die BKK Herkules darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Herkules bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Herkules nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Herkules kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen werden,
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Herkules.
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Ab-

satz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

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

Zahlung

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

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,

2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der BKK Herkules eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

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

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung

zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Herkules nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Herkules folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

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

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Regierungspräsidium Darmstadt.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

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

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

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

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

Kassel, den 7. Juni 2005

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Peckmann

Dr. Zimni

Artikel III

Anlage zu § 2 VI der Satzung

Entschädigung gemäß § 41 SGB IV für die ehrenamtliche Tätigkeit.

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

Als Pauschbetrag für Zeitaufwand wird für jeden Kalendertag einer Sitzung ein Betrag von 79,00 € gewährt.

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

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

Kassel, den 01. September 2023

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Aichert

Bulle