



Satzung

der DebeKa BKK

vom Februar 1999

In der Fassung des 36. Nachtrages

Stand: 01.01.2020

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates
- § 4 Vorstand
- § 5 Widerspruchsausschuss
- § 6 Kreis der versicherten Personen
- § 7 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 8 Aufbringung der Mittel
- § 9 Bemessung der Beiträge
- § 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 11 Fälligkeit der Beiträge
- § 11a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 12 Höhe der Rücklage
- § 13 Leistungen
 - § 13a Schutzimpfungen
 - § 13b Primärprävention
 - § 13c Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
 - § 13d Strukturierte Behandlungsprogramme
 - § 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
 - § 13f Wahltarif besondere Versorgung
 - § 13g Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
 - § 13h Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (65a Abs. 1 SGB V)
 - § 13i Leistungsausschluss
- § 14 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 15 Wahltarife Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der Debeka Gruppe
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage 1 zu § 15 Wahltarife Krankengeld

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

Debeka BKK.

Sie ist errichtet worden am 01.01.1995.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Koblenz.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Hauptverwaltung in Koblenz und das bundesweite Geschäftsstellennetz der Debeka Krankenversicherungsverein a.G., sowie ab dem 01.12.1998 auf die Debeka Bausparkasse AG, Koblenz.

Ab dem 01.09.2003 erstreckt sich der Bereich der Betriebskrankenkasse außerdem auf sämtliche Regionen der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Abweichend hiervon und von § 49 Abs. 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt: Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der Debeka Betriebskrankenkasse versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach jeweils 1 1/2 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 6 Versichertenvertreter und 6 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter 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. gemeinsam durch seine Vorsitzenden 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 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.
 - VI. Entschädigungen an die Mitglieder des Verwaltungsrates werden in § 3 der Satzung geregelt.
 - VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
 - VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

I. Tagegeld

1. Tagegeld wird in der für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H. für das Mittag- und das Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.
3. Abweichend von der Regelung des I.2. können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

II. Übernachtungsgeld

1. Übernachtungsgeld wird in der für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.
3. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

III. Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld

Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten.

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte für die niedrigste Flugklasse.

3. Bahnkarten

- a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse

- b) Aufpreise und Zuschläge für Züge
 - c) Reservierungsentgelte
 - d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.
4. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten
- a) öffentlicher Nahverkehr
 - b) Zubringer zum Flugplatz
 - c) Taxi
 - d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung
 - e) Post- und Telekommunikationskosten
 - f) Parkplatz- und Garagenkosten
 - g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

IV. Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Für Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane werden unabhängig von der Sitzungsdauer 75 € je Sitzungstag erstattet.
2. Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen wird im Einzelfall ein Pauschbetrag nach IV.1 erstattet, wenn eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen.

§ 4 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
 6. eine Kassenordnung aufzustellen,
 7. die Beiträge einzuziehen,
 8. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 9. 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.

§ 5 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchs-Ausschuss hat seinen Sitz in Koblenz.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus zwei Vertretern der Versicherten und einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates. Der Arbeitgebervertreter hat zwei Stimmen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn er ordnungsgemäß einberufen ist und die Mitglieder des Widerspruchsausschusses oder ihre Stellvertreter anwesend sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4 OWiG wahr.

§ 6 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II. Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse beitreten, wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind.
- III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV. Familienversicherte
- Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 7 Kündigung der Mitgliedschaft

1. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 01. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
2. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragsatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen die bis zu dem Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
3. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Abs. 1 Satz 4 gilt nicht.
4. Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 15 Absatz 16, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 8 Aufbringung der Mittel

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

§ 9 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.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,7 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, im dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG

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

§ 12 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für eine Stunde je Pflegeeinsatz und längstens für 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf längstens 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern die Anspruchsvoraussetzungen nach § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorliegen und das im Haushalt lebende Kind bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Haushaltshilfe wird für höchstens 2 Stunden je Tag gezahlt. § 38 Abs. 3 und 4 SGB V gelten. 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 Nettoarbeitsentgelt 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. gestrichen

VI. gestrichen

VII. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnung und durch die ärztlichen Verordnungen nachzuweisen.
5. Erstattet werden höchstens die Kosten, die der Kasse bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Für den Bereich der ärztlichen Versorgung wird der Erstattungsbetrag regelhaft in Höhe von 25 v. H. der ausgewiesenen

privatärztlichen ambulanten Rechnungslegung ermittelt. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. und maximal 50,00 EUR für (vom Arbeitgeber nicht getragene) Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

VIII. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte, sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 13 Abs. VII Nr. 4,5 und 6 gelten.

§ 13a Schutzimpfungen

- I. Die Debeka BKK übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V die Kosten folgender weiterer Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten/Krankheitserreger, soweit sie ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist:
 - FSME auch für Personen, die nicht den Nachweis erbringen, in FSME-Risikogebieten einer besonderen Zecken-Exposition ausgesetzt zu sein,
 - Influenza auch für Personen, bei denen nicht eine besondere Indikation nach den Schutzimpfungsrichtlinien vorliegt,
 - Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für Kinder und Jugendliche im Alter von 18 bis 26 Jahren,
 - Meningokokken Typ B bei versicherten Kindern ab dem Alter von 2 Monaten bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres.
- II. Darüber hinaus übernimmt die Debeka BKK Reiseschutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nichtberuflich bedingten Auslandsaufenthalts erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission empfohlen sind. Die Anwendung des Impfstoffes muss innerhalb der jeweils für Deutschland geltenden Zulassung erfolgen.
- III. Für selbst bezahlte Schutzimpfungen nach den Absätzen I und II werden von der Debeka BKK 100 v. H. der ärztlichen Kosten, höchstens aber 7,50 EUR je Impfung, sowie 80 v. H. der Kosten des Impferserums erstattet.

§ 13b Primärprävention

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

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V gilt:

Die Förderung durch die Debeka BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150,00 EUR je Kalenderjahr, gewährt.

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

I. Osteopathie

- a) Die Versicherten der Debeka BKK können mit einer ärztlichen Anordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung für den Anspruch ist die qualitätsgesicherte Behandlung durch einen Leistungserbringer, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung besitzt, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Osteopathen berechtigt.
- b) Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal 6 Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40 Euro je Sitzung. Für die Erstattung sind die Rechnungen und die ärztliche Anordnung im Original vorzulegen.

II. Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung

- a) Die Debeka BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:
 1. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 2. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus,
 3. es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode,
 4. der Debeka BKK wird ein Kostenvoranschlag vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 5. die Debeka BKK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- b) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- c) Mit der Zustimmung nach Punkt a) Nr. 5 erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Debeka BKK sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.

III. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- a) Versicherte können 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.
- b) Die Debeka BKK erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Punkt a) Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Punkt a) Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen 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.

IV. Professionelle Zahnreinigung

Die Debeka BKK erstattet ihren Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal jährlich die Kosten für eine bei einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt in Anspruch genommenen Leistungen der professionellen Zahnreinigung. Die Debeka BKK übernimmt nach Vorlage der Originalrechnung 100 v.H. der Kosten, maximal aber je Versicherten und Kalenderjahr 40,00 Euro.

V. Flash-Glukose-Messsystem (FGM)

- I. Die Debeka BKK übernimmt die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- II. Voraussetzungen sind, dass
 - a) eine intensivierete konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt,
 - b) die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden können,
 - c) die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie",
 - d) die Debeka BKK der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt hat.
- III. Vor Behandlungsbeginn ist mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
- IV. Die Debeka BKK übernimmt die Kosten für das Lesegerät einmalig in Höhe von bis zu 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren bis zu einem Höchstbetrag von 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten abzüglich der Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Monatsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V.

VI. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft/Mutterschaft

- I. Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Debeka BKK die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen:
 1. Die Debeka BKK übernimmt je Schwangerschaft die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für den Lebenspartner, wenn der Lebenspartner ebenfalls bei der Debeka BKK versichert ist. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
 2. Die Debeka BKK erstattet Versicherten die während der Schwangerschaft (37. - 42. Schwangerschaftswoche) und bei der Geburt in Anspruch genommenen Kosten der Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme. Voraussetzung ist die Zulassung bzw. Berechtigung der Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 bzw. § 13 Abs. 4 SGB V. Die Rufbereitschaft setzt die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe voraus.
 3. Ärztlich erbrachte Leistungen bei vorliegenden Risikofaktoren, die mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken. Voraussetzung ist, dass die Leistungen über die nach § 23 SGB V möglichen Leistungen hinaus im Einzelfall durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.
 - a. Nackenfaltenmessung für Risikoschwangere,
 - b. Toxoplasmosetest für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere mit Katzen,
 - c. Triple-Test für Risikoschwangere,
 - d. Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (auch 3D- oder Farbdoppler-Ultraschall) für Frauen mit ärztlich diagnostizierten erhöhtem medizinischen Risiko hinsichtlich der körperlichen Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes (sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien),
 - e. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
- II. Die Debeka BKK erstattet die Kosten nach Absatz I bis zu einem Betrag von insgesamt 250 Euro je Schwangerschaft, jedoch nicht mehr als die den

Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen einzureichen.

VII. Künstliche Befruchtung

- I. Die Debeka BKK gewährt zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 SGB V mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen einen Zuschuss.

- II. Der Zuschuss beträgt maximal 200 Euro je Behandlungsversuch für maximal 3 Versuche. Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der Debeka BKK versichert sind. Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a SGB V unberührt.“

§ 13d Strukturierte Behandlungsprogramme

Die Debeka BKK führt strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V durch.

§ 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13f Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13g Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Arbeitgeberbonus

1. Präambel

Arbeitgeber erhalten einen Bonus für die Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Debeka BKK schließt hierzu gemäß § 65a Abs. 2 SGB V mit von ihr ausgewählten Arbeitgebern einen Bonusvertrag. Dieser regelt die Voraussetzungen für die Bonusgewährung, die Nachweiserbringung und die Höhe des Bonus.

2. Teilnahmebedingungen

- Es existiert eine Betriebsvereinbarung bzw. eine bindende Absichtserklärung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement / zur betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Der Arbeitgeber stellt substantielle eigene finanzielle und/oder personelle sowie strukturelle Ressourcen zur Verfügung.
- Der Arbeitgeber verfügt über Gremien zur Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. Arbeitskreis Gesundheit).

3. Maßnahmen

Gegenstand des Bonusvertrags sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die den Anforderungen und den Handlungsfeldern des GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

4. Nachweise und Bonuszahlung

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und die Maßnahmen nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind. Die Dokumentation gilt als zahlungsbegründende Unterlage. Die Höhe und Auszahlung des Bonus wird im Bonusvertrag geregelt.

II. Arbeitnehmerbonus

1. Maßnahmen

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß §20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers im Handlungsfeld

- bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
- gesundheitsgerechte Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag
- verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb oder
- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

erfolgreich teilnehmen. Die Debeka BKK schließt dazu mit dem Arbeitgeber einen Bonusvertrag nach Absatz I Nr. 1 ab.

2. Bonuszahlung

Der Bonus wird dem Versicherten als Geldbonus in Höhe von 10 Euro je Maßnahme ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr durch Vorlage der Bescheinigung die erfolgreiche Teilnahme an der Maßnahme nachgewiesen wurde. Eine Teilnahme ist erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der jeweiligen Maßnahme absolviert wurden.

§ 13h Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V)

I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig.

II. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind alle Debeka BKK-Versicherte. Für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4b SGB V und Personen, für die gemäß § 264 SGB V auftragsweise Leistungen erbracht werden, ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch für Personen, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder nach § 52a SGB V ausgeschlossen ist.

III. Teilnahme am Bonusprogramm

Der Bonuszeitraum ist jeweils das Kalenderjahr. Anteilige Bonuszeiträume wegen unterjährigem Beginn oder Ende der Versicherung bei der Debeka BKK sind möglich und haben keine Auswirkungen auf die Auszahlungen nach Abs. IV. Der Teilnehmer erhält eine Bonuskarte, auf der er den Nachweis der jeweiligen Maßnahme durch Bestätigung des Arztes, des Leistungserbringers oder des durchführenden Anbieters bzw. Veranstalters dokumentieren lässt. Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Durchführung der jeweiligen Maßnahme ein Versicherungsverhältnis bei der Debeka BKK besteht.

IV. Bonus

Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie im Bonuszeitraum mindestens zwei der im Absatz V genannten Maßnahmen in Anspruch genommen haben und die Bonuskarte bis spätestens 31.03. des Folgejahres einreichen. Die Übertragung von Maßnahmen bzw. eines nicht ausgeschöpften Bonusbetrages auf das Folgejahr ist nicht möglich. In jedem Bonuszeitraum kann ein Bonus von maximal 60,00 € erreicht werden (Geldbonus). Als Antragstellung gilt der Tag, an dem die ausgefüllte Bonuskarte bei der Debeka BKK eingereicht wird. Die Auszahlung des Bonus erfolgt per Überweisung auf das vom Versicherten angegebene Konto. Eine Barauszahlung ist ausgeschlossen.

V. Maßnahmenkatalog

a) Altersgruppe ab 18 Jahren

1. Früherkennung und Vorsorge
 - a. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen für Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 45 Jahren (§ 25 Abs. 2 SGB V)
 - b. Hautkrebs-Screening (§ 25 Abs. 2 SGB V)
 - c. Gesundheits-Check-up (§ 25 Abs. 1 SGB V)
 - d. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (1 x pro Kalenderjahr) (§§ 22 und 55 SGB V)
 - e. Mammographie-Screening nach § 25 Abs. 2 SGB V
 - f. Bestehender Impfschutz nach § 20i SGB V i. V. m. Empfehlungen der STIKO

Je durchgeführter Maßnahme erhält der Versicherte 10,00 € je Kalenderjahr gutgeschrieben.

2. Gesundheitskurse zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 13b Satzung der Debeka BKK i. V. m. Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) für
 - a. Bewegung
 - b. Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
 - c. Stressbewältigung oder Entspannung
 - d. Suchtmittelkonsum

Der Versicherte erhält für maximal zwei durchgeführte Kurse pro Kalenderjahr jeweils 10,00 € gutgeschrieben.

3. Sport und Gesundheit
 - a. Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
10,00 € 1 x pro Kalenderjahr
 - b. Sportabzeichen deutscher Sportverbände
10,00 € 1 x pro Kalenderjahr für ein Abzeichen
 - c. Qualifiziert angeleitete sportliche Aktivität
10,00 € 1 x pro Kalenderjahr

b) Altersgruppe ab 0 - 17 Jahren

1. Früherkennung und Vorsorge
 - a. Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 - U6 (komplett) (§ 26 SGB V)
 - b. Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U7 - U11 (je Untersuchung) (§ 26 SGB V)
 - c. Jugenduntersuchung J1 und J2 (eine Untersuchung) (§ 26 SGB V)
 - d. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (2 x pro Kalenderjahr) (§§ 22 und 55 SGB V)

- e. Bestehender Impfschutz nach § 20i SGB V i. V. m. Empfehlungen der STIKO

Je durchgeführter Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung erhält der Versicherte 10,00 € je Kalenderjahr gutgeschrieben.

- 2. Gesundheitskurse zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 13b Satzung der Debeka BKK i. V. m. Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) für
 - a. Bewegung
 - b. Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
 - c. Stressbewältigung oder Entspannung

Der Versicherte erhält für maximal zwei durchgeführte Kurse pro Kalenderjahr jeweils 10,00 € gutgeschrieben.

- 3. Sport und Gesundheit
 - a. Aktive Mitgliedschaft im Sportverein oder in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
10,00 € 1 x pro Kalenderjahr
 - b. Sportabzeichen deutscher Sportverbände
10,00 € 1 x pro Kalenderjahr für ein Abzeichen
 - c. Qualifiziert angeleitete sportliche Aktivität
10,00 € 1 x pro Kalenderjahr

§ 13i 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.

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe kalendertäglich 16 Euro.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25 Euro.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- I. Die Debeka BKK bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 1, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Kooperation mit der Debeka Gruppe

Die Debeka Betriebskrankenkasse kooperiert zur Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge gemäß § 194 Abs. 1a SGB V mit der Debeka Gruppe, Sitz Koblenz am Rhein.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und im Internet unter www.debeka-bkk.de. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.
- II. Die Debeka Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem liegen die Rechnungsergebnisse zur Einsicht in der Geschäftsstelle der Debeka Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der 34. und 35. Satzungsnachtrag treten zum 01.01.2020 in Kraft.

Der 36. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach Bekanntmachung in Kraft.

Der Verwaltungsrat der Debeka BKK hat die Satzungsnachträge Nr. 34, 35 und 36 am 26. November 2019 beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates (Lambert)

(Siegel)

Vorstand (Strobel)

Anlage 1 zu § 15 Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die Debeka BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren
oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Debeka BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Debeka BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Debeka BKK.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche 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 Debeka BKK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Debeka BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Debeka BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Debeka BKK nachzuweisen und die Debeka BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

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

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

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die Debeka BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

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

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

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

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Debeka BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Debeka BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif.
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird.
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht.
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird.
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre.
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, 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 Debeka BKK.
- 20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
- 21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.
- 22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

- 23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
- 24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Debeka BKK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
 1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Debeka BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Debeka BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die Debeka BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Debeka BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Debeka BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Debeka BKK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der Debeka BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der

Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche 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 Debeka BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Debeka BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Debeka BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.