Satzung der

ESSO Betriebskrankenkasse

-Hamburg-

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	Kündigung der Mitgliedschaft
§	7	Aufbringung der Mittel
§	8	Bemessung der Beiträge
§	8a	Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 Abs.2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG
§	8b	Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten
§	8c	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
§	9	Beitragssätze
§	10	Fälligkeit der Beiträge
§	10a	Erhebung von Mahngebühren
§	11	Höhe der Rücklage
§	12	Leistungen
§	12a	Primärprävention
§	12b	Schutzimpfungen
§	12c	Leistungsausschluss
§	13	Medizinische Vorsorgeleistungen
§	13a	Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme
§	13b	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
§	13c	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
§	13d	Wahltarif integrierte Versorgung
§	14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
§	15	Krankengeld für freiwillige Mitglieder
§	16	Kooperation mit der PKV
§	17	Aufsicht
§	18	Mitgliedschaft zum Landesverband
§	19	Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung
Anlage zu § 13a : Aufstellung über die DMP-relevanten Regionen
Anlage zu § 13c Abs. I : Aufstellung über die DMP-relevanten Regionen

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 ESSO Betriebskrankenkasse. Sie ist errichtet worden am 1. Oktober 1952. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hamburg.

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebe in der Bundesrepublik Deutschland:

A. ESSO Deutschland GmbH

a. Zentrale Hamburg, Läger

b. EXXON Handels- und Dienstleistungs-Gesellschaft mbH in Hamburg

B. Hydranten-Betriebsgesellschaft Flughafen Frankfurt/Main (HBG)

C. Advanced Nuclear Fuels GmbH, Lingen/Ems

D. TLS Tanklager Stuttgart GmbH, Stuttgart

E. TBN Tanklager Betriebsgesellschaft Nürnberg mbH, Nürnberg

F. ETB ESSO Tankdienstgesellschaft Bremen mbH, Bremen

G. ETS Tankdienstgesellschaft Stuttgart mbH, Stuttgart

H. BFS Berlin Fuelling Services GbR, Berlin

I. ExxonMobil Central Europe Holding GmbH

J. FAVORIT-Unternehmens-Verwaltungs-GmbH mit ihren Fernheizwerken in der Bundesrepublik Deutschland

K. ExxonMobil Chemical Central Europe GmbH in Köln

L. Deutsche Infineum GmbH

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf das gesamte Gebiet 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.

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

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

4. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates. In der laufenden Legislaturperiode findet der Wechsel jeweils zum 01.01. eines Jahres statt.

II. Der Verwaltungsrat besteht aus 8 Vertretern der Versicherten und 4 Vertreter der Arbeitgeber. Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

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 Vorstandes 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.

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 barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder 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 ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 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 nicht 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 Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen

6. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist. Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr.

7. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

8. eine Kassenordnung aufzustellen,

9. die Beiträge einzuziehen,

10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.

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

3. Die Versichertenvertreter und ihre Stellvertreter 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.

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 versicherten Personen gehören

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

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

II. Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte Schwerbehinderte der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. 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 2 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 oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II. Erhöht die Betriebskrankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragssatzerhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

I. Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen - §§ 223, 226 bis 240 SGB V und § 23a SGB IV - der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

II. Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt.

III. Für folgende Gruppen gelten die nachstehenden Sonderregelungen:

1. Freiwillige Mitglieder

a) Die Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder richtet sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird bestimmt durch alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Es sind mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Beitragspflichtige Einnahmen sind Arbeitsentgelt (laufendes und einmalig gezahltes), Vorruhestandsgeld, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen sowie alle übrigen Einnahmen.

b) Für Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, ist als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendermonat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu Grunde zu legen. Dies gilt nicht für die Dauer des Bezugs der arbeitgeberseitigen Leistungen, die nach § 23c SGB IV der Beitragspflicht unterliegen.

Für freiwillig versicherte Beschäftigte, für die der Arbeitgeber die Beiträge berechnet, werden die beitragspflichtigen Einnahmen nach dem auf den Kalendertag entfallenden Teil des tatsächlichen Arbeitsentgelts berechnet.

c) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen (vgl. Buchst. a) bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu iner über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

d) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Dies gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den

Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der 2. Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren. Bis zum 31. Dezember 1988 steht die Zeit der Ehe mit einem Mitglied der Mitgliedszeit gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

e) Bei freiwillig versicherten Ehegatten / Lebenspartnern ohne eigene Einnahmen ist für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen von den Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten / Lebenspartners auszugehen, soweit sie die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten. Soweit keine Kinder im Sinne von Satz 5 vorhanden sind, gelten als beitragspflichtige Einnahmen der kalendertägliche Teil der Hälfte der Bruttoeinnahmen des Ehegatten / Lebenspartners im Sinne des Satzes 1. Verfügt der freiwillig versicherte Ehegatte / Lebenspartner über eigene Einnahmen, werden diese, mindestens aber die Hälfte der Bruttoeinnahmen des Ehegatten / Lebenspartners im Sinne des Satzes 1, als beitragspflichtige Einnahmen festgesetzt. Ist der Ehegatte / Lebenspartner des freiwilligen Mitglieds bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bleiben dessen Einnahmen unberücksichtigt.

   Bei gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kindern ohne eigene Einnahmen, ist von den monatlichen Bruttoeinnahmen des Ehegatten / Lebenspartners für jedes Kind ein Betrag in Höhe von 1/3 der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.

f) Sofern dem freiwillig Versicherten Unterhalt von seinem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten / Lebenspartner geleistet wird, gelten die Unterhaltsleistungen in tatsächlicher Höhe als beitragspflichtige Einnahmen.

g) Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger werden die Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V) erhoben. Höhere Einnahmen sind von dem Versicherten nachzuweisen und bei der Beitragserhebung zur berücksichtigen.

   Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen auch durch eine Vereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger festgesetzt werden.

   Für in Heimen lebende Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen durch eine Vereinbarung mit den zuständigen Sozialhilfeträgern festgesetzt werden.

h) Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30.

Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der 40., für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421 l SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Existenzgründungszuschuss nach § 421 l SGB III sowie der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 57 SGB III werden bei der Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht berücksichtigt. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 1 können nur zum 1. Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.

i) Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen, staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gelten die für versicherungspflichtige Studenten maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlagen und der sich daraus ergebende Beitrag entsprechend.

j) Für freiwillige Mitglieder gilt als beitragspflichtige Einnahme 1/10 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, solange für sie und ihre nach § 5 Absatz III versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Absatz 1 Nr. 3 SGB V ruht. Dies gilt entsprechend, wenn nach § 16 Absatz 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen aus einem anderen Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich des SGB V. Dies gilt entsprechend für freiwillig versicherte entsandte Arbeitnehmer, wenn deren Krankenversicherungsschutz und der ihrer Familienangehörigen während des beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes und vorübergehender Aufenthalte im Inland vom inländischen Arbeitgeber in vollem Umfang über eine private Krankenversicherung sichergestellt ist. Für die Dauer der Beitragseinstufung nach den Sätzen 1 bis 3 bestehen keine Ansprüche auf Leistungen. Die Sätze 3 und 4 gelten auch bei Entsendung in einen EWR- oder Abkommensstaat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn sich im Inland nach § 5 Absatz III versicherte Familienangehörige befinden.

k) Für die Bemessung der Beiträge freiwilliger Mitglieder gelten als beitragspflichtige Einnahmen auch Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V sowie entsprechende Leistungen von Versicherungsgesellschaften. Als Einnahmen in diesem Sinne gelten sowohl laufende Geldleistungen (Renten) als auch nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen (Kapitalauszahlungen). Für die

Beitragsbemessung bei nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen ist der zu berücksichtigende Einmalbetrag auf die Monate umzulegen / aufzuteilen, für die dieser gezahlt wird. Für Einmalbeträge, die keinem abgrenzbaren Zeitraum zuzuordnen sind, gilt ein Einhundertzwanzigstel der zu berücksichtigenden Leistung als monatliche beitragspflichtige Einnahme, längstens für die Dauer von 120 Monaten, beginnend mit dem 1. des auf die Auszahlung folgenden Kalendermonats.

l) Einmalige Leistungen, die im Laufe eines Jahres voraussichtlich bezogen werden und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen, werden ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt des Zuflusses monatlich mit einem Zwölftel berücksichtigt. Einmalige Leistungen, die nicht im Voraus zu erwarten sind, werden auf die kommenden zwölf Kalendermonate, gerechnet vom Zeitpunkt des Zuflusses, umgelegt.

2. Rentenantragsteller, Schwangere

Für Rentenantragsteller sowie für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 2 SGB V erhalten bleibt, richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist.

3. Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V

Für die Bemessung der Beiträge der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder gelten die Absätze I bis III entsprechend. Bei schwankendem Arbeitsentgelt sind die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (einschließlich beitragspflichtiger Einmahlzahlungen) zu ermitteln und zu zwölfteln.

§ 8a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Ost übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).

Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die ESSO BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Ost weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).

Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Ost die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 8b Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten

I. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die keinen Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421 l SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben und deren beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag den 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße unterschreiten, werden auf Antrag die Beiträge nach den tatsächlichen Einnahmen, mindestens jedoch nach dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, bemessen. Die Beitragsbemessung nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn

1. die Hälfte der auf den Kalendertag entfallenden beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V der Bedarfsgemeinschaft dem 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße entspricht oder diesen übersteigt oder

2. die Bedarfsgemeinschaft steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt oder

3. die Bedarfsgemeinschaft positive oder negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt oder

4. das Vermögen des Mitglieds oder seines Partners das Vierfache der monatlichen Bezugsgröße übersteigt oder

5. das Mitglied im Zusammenhang mit seiner selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen mehr als geringfügig Beschäftigten oder mehrere nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer beschäftigt, deren Arbeitsentgelte aus diesen Beschäftigungsverhältnissen zusammen regelmäßig 400 EUR im Monat übersteigen. Soweit das Mitglied Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft ist, gelten als Arbeitnehmer auch die Arbeitnehmer dieser Gesellschaft. Als Arbeitnehmer in diesem Sinne gelten auch Personen, die berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen im Rahmen beruflicher Bildung erwerben.

II. Zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Absatzes I gehören das hauptberuflich selbständig tätige Mitglied sowie als dessen Partner

1. der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
2. der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner,
3. die Person, die mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft im Sinne des § 7 Absatzes 3 Nr. 3 Buchst. c und Absatzes 3a SGB II lebt.

III. Bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz I Satz 2 Nr. 1 wird für jedes in der Bedarfsgemeinschaft lebende Kind des Mitglieds oder des Partners ein Freibetrag von 484 EUR abgesetzt. Ein Absetzungsbetrag nach Satz 1 ist zu berücksichtigen, wenn für das Kind eine Familienversicherung aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners besteht oder aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners geltend gemacht werden könnte.

IV. Als Vermögen nach Absatz I Satz 2 Nr. 4 sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände mit ihrem Verkehrswert zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt werden die in § 12 Absatz 3 Satz 1 SGB II genannten Vermögensgegenstände, soweit sie angemessen sind; § 12 Absatz 3 Satz 2 SGB II gilt entsprechend.

V. Für die Beurteilung der Tatbestände nach Absatz I Satz 2 sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz I Satz 1 maßgebend.

§ 8c Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in den Absätzen II. und III. genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 niederzuschlagen oder zu erlassen.

II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet.

III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Beitragssätze

Der Beitrag wird in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt.

I. Er beträgt, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, allgemein 13,6 v. H.

II. Er wird abweichend davon festgesetzt:

1. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241 a SGB V, auf 15,3 v.H.

2. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, soweit gesetzlich nichts Abweichendes geregelt ist, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, auf 12,9 v.H.

III. Für Mitglieder gilt gemäß § 241a Abs. 1 SGB V ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H.. Satz 1 gilt nicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen (§ 241a Abs. 2 SGB V).

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I. 1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, 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. Sonstige laufende Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

III. Beiträge zur Krankenversicherung der Studenten sind für das Semester im Voraus zu zahlen. Die Beiträge können abweichend von Satz 1 monatlich gezahlt werden, wenn die Beitragszahlung gesichert ist.

IV. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

V. Die Arbeitgeber haben den Beitragsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum spätestens 2 Arbeitstage vor der Fälligkeit einzureichen.

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine pauschale Mahngebühr erhoben, die den Betrag von 0,77 EUR nicht unterschreiten darf. Diese beträgt bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 360,00 EUR 0,80 EUR, für höhere Mahnbeträge 2,00 EUR.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

II. Auf die Entschuldung der Kasse entfällt ein Beitragssatzanteil in Höhe von 0,06 v. H. Der Beitragssatzanteil für die Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von anderen Betriebskrankenkassen nach § 265a SGB V beträgt 0,09 v. H..

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- 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 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 die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen gewährt.

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

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

IV. Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld mit Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgegeben und nicht widerrufen hat. Hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld von einem Zeitpunkt an, der vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit liegt, hat er an die Künstlersozialkasse zusätzlich den sich auf Grund des § 242 SGB V ergebenen Erhöhungsbetrag zu zahlen.

V. Hospiz-Betreuung

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

VI. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Sie sind von der Betriebskrankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. 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 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 für ein Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

   Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich kündigen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v. H. – mindestens 2,50 EUR, maximal um 40,00 EUR - für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 10 v. H. mindestens 3 EUR und maximal 50 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.

8. 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.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens ”Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung“ Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
> Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

> Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
> Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressreduktion/Entspannung:

> Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung
> Maßnahmen zur Entspannung

Suchtmittelkonsum:

> Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
> Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

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 einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 1/30 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV aufgerundet auf volle Euro, je Kalenderjahr und je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H.:

Meningokokken für alle Kinder ab Vollendung des 1. Lebensjahres bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres.

Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) auch außerhalb der von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) empfohlenen Risikogebiete.

II. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

III. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes empfohlen werden. Absatz II gilt entsprechend.

§ 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 nehmen.

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 16 EUR.

§ 13a Modellvorhaben

Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

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

Inhalt und Ausgestaltung des Modellvorhabens ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherunksamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird. Das Modellvorhaben beginnt am 30.01.2004 und ist auf längstens 8 Jahre (29.01.2012) befristet.

§ 13 b 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.

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, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

IV. Versicherten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr. Voraussetzung ist, dass diese Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme des nach Absatz I gewählten Hausarztes geleistet worden sind.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

II. Versicherte, die an strukturierten Behandlungsprogrammen nach Abs. I und 13a teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 80 EUR. Die Prämie nach Satz 1 wird nach 12 Monaten der ununterbrochenen Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.

§ 13d Wahltarif integrierte Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bieten ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungen 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 Versorgungen 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.

III. Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr. Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I. Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Die Betriebskrankenkasse übersendet dem Teilnehmer die jeweils aktuelle Fassung der Teilnahme-Bedingungen. Diese erkennt der Teilnehmer jährlich mit der Rücksendung der Bonuskarte an und erklärt damit die Teilnahme für das betreffende Jahr. Die Teilnahme endet auf Wunsch des Teilnehmers am Tag nach Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse sowie bei Beendigung der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse.

II. Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur primären Prävention durch Schutzimpfungen nach § 20d SGB V oder zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 12a in Anspruch nehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.

III. Der Bonus wird in Form von Sach- oder Geldprämien gewährt. Die Einlösung von Prämien setzt das Erreichen eines Mindestwertes von 40 Bonuspunkten voraus. Bei gewählter Geldprämie entspricht der Bonuspunkt einem Wert von 1,-- EUR.

IV. Die Bonusansprüche verfallen, wenn und soweit die Inanspruchnahme der Leistungen nach Abs. 2 länger als 36 Monate zurückliegt oder mit Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm sowie bei Beendigung der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse.

§ 15 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Für freiwillige Mitglieder, die selbständig tätig sind oder nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und im Internet unter der Anschrift www.esso-bkk.de und nachrichtlich in der Versichertenzeitschrift.

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.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 30.08.2007 beschlossen.

2. Die Satzung tritt mit Bekanntmachung in Kraft. Die §§ 6,8,8b,8c,12,12b,12c, 13b-d treten rückwirkend zum 01.04.2007, die §§ 11 und 14 rückwirkend zum 01.01.2007 in Kraft.

   § 13a der Satzung tritt mit Beginn des Modellvorhabens für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm in Kraft.

   Gleichzeitig tritt die Satzung vom 20.02.2006 und der dazu ergangene 1. Nachtrag außer Kraft.

Hamburg, den 30.08.2007

(Dienstsiegel)

gez. Barkow	gez. Wedemeyer
_____	_____
Walter Barkow -Vorsitzender des Verwaltungsrates-	Rolf Wedemeyer -Stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates-

Genehmigung

Die durch Beschluss dess Verwaltungsrats vom 30. August 2007 neugefasste Satzung wird mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

- bei Artikel I § 8 Absatz III. Nr. 1. h) Satz 1 werden hinter den Worten „Anspruch auf“ die Worte „einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder“ eingefügt;
- bei Artikel I § 8 Absatz III. Nr. 1 j) wird in Satz 4 der Wortlaut „Sätzen 1 und 2“ durch „Sätzen 1 bis 3“ ersetzt;
- bei Artikel I § 8c Absatz I. Nr. 2 wird der Verweis „§ 76 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB IV“ duch „den Absätzen II. und III.“ ersetzt;
- bei Artikel I § 13a wird folgender Satz 4 angefügt: „Das Modellvorhaben beginnt am 30.01.2004 und ist auf längstens 8 Jahre (29.01.2012) befristet.“;

Die Genehmigung erfolgt unter der Auflage, dass die Kasse jährlich spätestens 1 Monat nach Vorlage der geprüften Jahresrechnung des Vorjahres , erstmals in 2008, dem Bundesversicherungsamt einen schriftlichen Bericht über die Finanzierung der Aufwendungen für die Wahltarife gemäß § 53 Absatz 9 Satz 1 SGB V vorlegt.

Die Genehmigung erfolgt weiterhin unter dem Vorbehalt des Widerrufs für den Fall, dass der Bericht nach Ziffer 2 nicht oder nicht fristgemäß vorgelegt wird, sowie für den Fall, dass sich aus dem Bericht ergibt, dass die Finanzierung der Aufwendungen für die Tarife nicht den Voraussetzungen des § 53 Absatz 9 Satz 1 SGB V entspricht.

Bonn, den 17. Dezember 2007
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Beckschäfer
(Dienstsiegel)

1. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 30. August 2007

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

1. § 12 Nr. V erhält folgende Fassung:

   V. Hospiz-Betreuung

   Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

   Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten. Für Kinder in Kinderhospizen beträgt der Zuschuss kalendertäglich 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV:

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1 tritt zum 01.07.2008 in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 19.06.2008.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

R. Wedemeyer

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 19. Juni 2008 beschlossene 1. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 09. Juli 2008
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Beckschäfer
(Dienstsiegel)

2. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 19. Juni 2008

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

§ 15 der Satzung erhält folgenden Wortlaut:

§ 15 Wahltarif Krankengeld

I. Geltungsbereich

Die ESSO BKK bietet den in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V und den in § 46 Satz 2 SGB V genannten Mitgliedern einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld an.

Soweit nachfolgend nicht anders bestimmt, gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches.

Zum relevanten Personenkreis zählen:

- Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige (nachfolgend „Selbstständige“ genannt)
- Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (nachfolgend „Künstler und Publizisten“ genannt)
- Mitglieder, die eine unständige Beschäftigung nach § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III ausüben (nachfolgend „unständig Beschäftigte“ genannt)
- Mitglieder, die ein befristetes Beschäftigungsverhältnis von maximal zehn Wochen ausüben (nachfolgend „befristet Beschäftigte“ genannt)

Die Tarifwahl ist auf Mitglieder beschränkt, die:

- zum Zeitpunkt des Tarifbeginns das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und nicht unmittelbar vor Tarifwahl mit Anspruch auf Krankengeld bei der ESO BKK versichert waren.
- zum Zeitpunkt der Tarifwahl nicht arbeitsunfähig sind.

- nicht über eine in Art und Umfang gleichartige Versicherung bzw. Absicherung bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit verfügen. Die Möglichkeit der gleichzeitigen Absicherung des Teils des Einkommensausfalls, der oberhalb der Grenze (70 %) der ESSO BKK liegt, bleibt davon unberührt.

II. Tarifbeginn und Tariflaufzeit

Der Tarif beginnt jeweils zum 1. des Monats nach Zugang der Wahlerklärung; frühestens am 01.01.2009.

Das Mitglied ist ab Tarifbeginn drei Jahre an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Bindungsfrist verlängert sich jeweils um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied den Tarif nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Bindungsfrist kündigt.

Der Tarif endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf

- mit Bezug von einer in § 50 SGB V genannten Leistungen
- bei Selbständigen mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft sowie der nicht nur vorübergehenden Aufgabe der selbständigen Tätigkeit
- bei unständig Beschäftigten mit der nicht nur vorübergehenden Aufgabe der unständigen Beschäftigung
- bei befristet Beschäftigten mit der nicht nur vorübergehenden Aufgabe der befristeten Beschäftigung
- bei Künstlern und Publizisten bei nicht nur vorübergehender Aufgabe der berufsmäßigen Tätigkeit als Künstler oder Publizist
- wenn die Mitgliedschaft bei der ESSO BKK endet.

Von einer nicht nur vorübergehenden Aufgabe der beschriebenen Tätigkeiten wird ausgegangen, wenn eine Unterbrechung der Tätigkeit eine Dauer von sechs Monaten überschreitet.

Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist möglich, bei:

- Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls
- Tarifbezogene Satzungsänderungen, die für das Mitglied nachteilig sind.

III. Wartezeit

Bei Tarifwahl sowie bei Erhöhung einer Tarifstufe, die ausdrücklich durch das Mitglied gewünscht wird, gilt eine Wartezeit von sechs Monaten ab Tarifbeginn bzw. ab Wahl der höheren Tarifstufe.

Die Wartezeit zu Tarifbeginn gilt nicht für Mitglieder, die bis zu zwei Monaten vor der Tarifwahl mit Anspruch auf Krankengeld bei der ESSO BKK versichert waren.

Bei Leistungsfällen, die während der Wartezeit eintreten, besteht kein Anspruch auf Krankengeldzahlung.

IV. Karenzzeit / Anspruchsbeginn

Der Anspruch auf Wahlkrankengeld entsteht je nach gewählter Tarifklasse:

- für Selbständige ab dem 43. Tag
- für Künstler und Publizisten ab dem 15. Tag
- für unständig und befristet Beschäftigte ab dem 4. Tag

nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

V. Höhe des Krankengeldes

Der Wahltarif Krankengeld kann in nachfolgender Höhe gewählt werden.

		Wahlkrankengeld Selbständige			
		Einkommen p.a.	Einkommen	wählbares Tagegeld	
		ab	mtl. ab	min.	max.
Stufen		0,00 €	0,00 €	30,00 €	30,00 €
30,00 €		20.580,00 €	1.715,00 €	30,00 €	40,00 €
40,00 €		25.716,00 €	2.143,00 €	30,00 €	50,00 €
50,00 €		30.864,00 €	2.572,00 €	40,00 €	60,00 €
60,00 €		36.000,00 €	3.000,00 €	40,00 €	70,00 €
70,00 €		41.160,00 €	3.430,00 €	50,00 €	80,00 €
80,00 €		46.284,00 €	3.857,00 €	50,00 €	90,00 €
90,00 €		51.432,00 €	4.286,00 €	60,00 €	90,00 €
		56.568,00 €	4.714,00 €	60,00 €	90,00 €
		61.740,00 €	5.145,00 €	70,00 €	90,00 €
		66.852,00 €	5.571,00 €	70,00 €	90,00 €
		72.012,00 €	6.001,00 €	80,00 €	90,00 €
		92.580,00 €	7.715,00 €	90,00 €	90,00 €

		Wahlkrankengeld Künstler, Publizisten, unständig und befristet Beschäftigte			
		Einkommen p.a.	Einkommen	wählbares Tagegeld	
		bis	mtl. bis	min.	max.
Stufen		0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €
20,00 €		15.432,00 €	1.286,00 €	20,00 €	30,00 €
30,00 €		20.580,00 €	1.715,00 €	30,00 €	40,00 €
40,00 €		25.716,00 €	2.143,00 €	30,00 €	50,00 €
50,00 €		30.864,00 €	2.572,00 €	40,00 €	50,00 €
		51.420,00 €	4.285,00 €	50,00 €	50,00 €

Das Krankengeld darf 35 % des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht unterschreiten sowie 70 % des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht überschreiten. Maßgeblich zur Bestimmung der Höchstgrenzen ist das nachgewiesene Jahresarbeitseinkommen bzw. Jahresarbeitsentgelt. Die Wahl eines niedrigeren Krankengeldes ist entsprechend der vorgegebenen Tabelle möglich.

Die jeweiligen Jahresarbeitseinkommen sowie Jahresarbeitsentgelte sind in geeigneter Form zu Tarifbeginn und zur jährlichen Überprüfung nachzuweisen.

Ergibt sich aus dem nachgewiesenen Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt eine Einkommensveränderung, ist die ESSO BKK zu einer Anpassung der Höhe des Krankengeldes berechtigt.

Bei Nachweis eines höheren Einkommens hat das Mitglied einmal jährlich die Möglichkeit, in eine höhere Tarifstufe zu wechseln. Ebenso kann das Mitglied im vorgegebenen Rahmen einmal jährlich eine niedrigere Stufe wählen. Das Mitglied hat diesen Wechsel schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Möglichkeit eines Wechsels der Tarifstufe durch Mitgliederantrag ist die Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erklärung.

Die Prämie wird entsprechend der neuen Tarifstufe angepasst. Die Bindungsfrist bleibt von einer Neueinstufung unberührt.

Die veränderte Tarifstufe, gleich aus welcher Intention heraus, gilt jeweils ab dem 1. des Folgemonats nach Zugang der Änderungserklärung.

VI. Leistungsruhen

Keine Krankengeldzahlung erfolgt in den Fällen, wenn

- ein Anspruch auf Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld besteht oder Mutterschaftsgeld bezogen wird

- kein Nachweis über den AU-Fall eingereicht wird

- wenn Prämienschulden bestehen, die zwei volle Monatsprämien übersteigen

- bei vorübergehender Aufgabe der selbständigen, unständig oder befristeten Tätigkeit sowie der berufsmäßigen Tätigkeit als Künstler bzw. Publizist. Von einer vorübergehenden Aufgabe der Tätigkeit wird ausgegangen, wenn die Unterbrechung weniger als sechs Monate beträgt.

- Bei selbstverschuldeten Leistungsfällen entsprechend § 52 SGB V.

Im Falle des Leistungsruhens ist die Krankengeldzahlung ausgeschlossen. Die Bindungsfrist und die Pflicht zur Prämienzahlung bleiben von dem Leistungsruhen unberührt.

VII. Leistungskürzung

Eine Leistungskürzung erfolgt um die Beiträge, die aus

- Bezügen einer Teil – Erwerbsminderung
- weiteren Arbeitsentgelten
- bestehenden Forderungen aus dem Tarif Wahlkrankengeld

hervorgehen.

VIII. Anspruchsdauer

Für Selbständige endet der Anspruch auf Wahlkrankengeld nach 78 Wochen Bezugszeit innerhalb von drei Jahren unabhängig davon, ob es sich um dieselbe oder eine bzw. mehrere andere Krankheiten im Zeitablauf handelt.

Bei Künstlern und Publizisten endet der Anspruch mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Höchstanspruchsdauer beträgt maximal 12 Wochen innerhalb von 12 Monaten.

Für befristet sowie unständig Beschäftigte endet der Anspruch mit dem 21. Tag der Arbeitsunfähigkeit sowie mit dem Ende der Mitgliedschaft. Die Höchstanspruchsdauer beträgt maximal 12 Wochen innerhalb von 12 Monaten.

IX. Prämienzahlung

Für die Dauer des Tarifes ist durch das Mitglied eine Prämie zu entrichten.

Die Berechnung der Prämie richtet sich nach:

- der gewählten Tarifstufe
- der Zugehörigkeit zu einer der gebildeten Altersgruppen entsprechend des

  Lebensalters zum Zeitpunkt der Tarifzugehörigkeit.

Die Prämien sind monatlich zu zahlen und werden spätestens am 15. des Folgemonats, für den die Prämie gilt, fällig.

Reichen die kalkulierten Prämien nicht mehr aus, um die Kosten des angebotenen Tarifs zu decken, so ist die ESSO BKK zur Anpassung der Prämie im erforderlichen Maße berechtigt.

X. Sonstiges

Die ESSO BKK behält sich das Recht vor, bei eingereichter Arbeitsunfähigkeit eine Leistungsfallprüfung durchzuführen.

Kein Anspruch auf Krankengeld entsteht bei Erkrankung des Kindes.

Anlage zu § 15, Absatz (IX): Prämien der ESSO BKK

Anlage:

Esso BKK

	bis 29 mtl.	30-39 mtl.	40-44 mtl.	45-49 mtl.	50-54 mtl.	55-59 mtl.	60+ mtl.
	Selbstständige: Anspruchsbeginn: 43. Tag						
30,00 €	13,53 €	19,20 €	21,13 €	22,07 €	23,90 €	26,55 €	28,40 €
40,00 €	16,70 €	24,27 €	26,83 €	28,09 €	30,53 €	34,07 €	36,53 €
50,00 €	19,87 €	29,33 €	32,54 €	34,11 €	37,16 €	41,58 €	44,66 €
60,00 €	23,05 €	34,40 €	38,25 €	40,14 €	43,80 €	49,10 €	52,79 €
70,00 €	26,22 €	39,47 €	43,96 €	46,16 €	50,43 €	56,62 €	60,92 €
80,00 €	29,40 €	44,53 €	49,67 €	52,18 €	57,06 €	64,13 €	69,06 €
90,00 €	32,57 €	49,60 €	55,37 €	58,20 €	63,69 €	71,65 €	77,19 €
	Künstler und Publizisten Anspruchsbeginn: 15. Tag						
	bis 29 mtl.	**30-39 mtl.**	**40-44 mtl.**	**45-49 mtl.**	**50-54 mtl.**	**55-59 mtl.**	**60+ mtl.**
20,00 €	7,37 €	9,03 €	9,73 €	10,13 €	10,51 €	10,90 €	11,23 €
30,00 €	9,05 €	11,54 €	12,59 €	13,20 €	13,77 €	14,34 €	14,85 €
40,00 €	10,73 €	14,05 €	15,46 €	16,26 €	17,02 €	17,79 €	18,46 €
50,00 €	12,41 €	16,57 €	18,32 €	19,33 €	20,28 €	21,24 €	22,08 €
	unständige und befristet Beschäftigte Anspruchsbeginn: 4. Tag						
	bis 29 mtl.	**30-39 mtl.**	**40-44 mtl.**	**45-49 mtl.**	**50-54 mtl.**	**55-59 mtl.**	**60+ mtl.**
20,00 €	18,15 €	24,27 €	26,82 €	28,21 €	29,55 €	30,83 €	32,10 €
30,00 €	25,22 €	34,40 €	38,23 €	40,32 €	42,33 €	44,24 €	46,15 €
40,00 €	32,29 €	44,53 €	49,63 €	52,42 €	55,11 €	57,66 €	60,19 €
50,00 €	39,36 €	54,67 €	61,04 €	64,53 €	67,88 €	71,07 €	74,24 €

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1 tritt zum 01.01.2009 in Kraft.

Beraten und beschlossen durch schriftliches Abstimmungsverfahren gemäß § 2 Abs. IX der Satzung am

Vorsitzender des Verwaltungsrates

R. Wedemeyer

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossene 2. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- von Artikel I § 15 Absatz I. Satz 4, 3. Spiegelstrich
- von Artikel I § 15 Absatz II. Satz 5
- von Artikel I § 15 Absatz VI. Satz 1, 4. Spiegelstrich, Satz 2

  und
- insoweit Artikel II

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 27. Januar 2009
II 3 – 5959328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Beckschäfer
(Dienstsiegel)

3. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 28. Januar 2009

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

1. **§ 2 Verwaltungsrat**

   Absatz III wird um folgende Nummern ergänzt:

   „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.

   11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist."

2. **§ 3 Vorstand**

   Absatz III Nr. 5 erhält folgende Fassung:

   „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,"

   Nr. 6 entfällt.

3. **§ 4 Widerspruchsausschuss**

   Absatz II wird um folgende Ziffern ergänzt:

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

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

4. **§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft**

Absatz II erhält folgende Fassung:

„Erhebt die Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.“

§ 6 wird um den Absatz IV ergänzt:

„Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen des § 15 Absatz II gekündigt werden.“

5. **§ 8 Bemessung der Beiträge**

§ 8 erhält folgende Fassung:

„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.“

6. **§ 8b Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige bei sozialen Härten**

Entfällt.

7. **§ 9 Beitragssätze (bis 31.12.2008).**

§ 9 erhält folgende Fassung:

„**§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Abweichend von Satz 1 erfolgt die Zahlung des Zusatzbeitrags für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V, deren Arbeitsentgelt 20 v. H. der monatlichen

Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigt, durch den Träger der Einrichtung. Die Betriebskrankenkasse kann mit dem Arbeitgeber des Mitgliedes vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungs-beitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes wird durch diese Vereinbarung nicht aufgehoben.

II. Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V.

III. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 6 Absatz II wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Absatzes III im vollen Umfang erhoben.“

8. **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

Absatz II erhält folgende Fassung:

„Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge mit Ausnahme 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.“

Absatz IV wird zu Absatz III.

Absatz III in der bisherigen Fassung und Absatz V entfallen.

9. **§ 11 Höhe der Rücklage**

Absatz II entfällt.

10. **§ 12 Leistungen**

§ 12 Abs. III Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen (91 Kalendertage) ab Beginn der Krankheit gewährt.“

Absatz IV entfällt.

11. **§ 12b Schutzimpfungen**

Abs. I wird um folgende Spiegelstriche ergänzt:

„ - Hepatitis A + B
- Influenza/ Grippeschutzimpfung
- Pertussis für alle Kinder bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres
- Poliomyelitis
- Rotaviren für Säuglinge bis zur Vollendung der 26. Lebenswoche
- Varizellen für alle Kinder bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres“

Abs. I und II werden jeweils um Satz 2 ergänzt:

„Vom Erstattungsbetrag ist ein Eigenanteil in Höhe von 10 v.H. – mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro – in Abzug zu bringen.“

12. **§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

Abs. II erhält folgende Fassung:

„ Versicherte, die an strukturierten Behandlungsprogrammen nach Abs. I und § 13a teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 40 EUR. Die Prämie nach Satz 1 wird nach 12 Monaten der ununterbrochenen Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.“

13. **§ 15 Wahltarif Krankengeld**

Absatz I, Satz 4, 3. Spiegelstrich, Absatz II, Satz 5 und Absatz VI, Satz 1, 4 Spiegelstrich, Satz 2 entfallen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1-11 tritt mit Bekanntmachung in Kraft.
Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 12 tritt zum 01.10.2009 in Kraft.
Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 13 tritt rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 24.06.2009

Vorsitzender des Verwaltungsrates

W. Barkow

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 24.06.2009 beschlossene 3. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- von Artikel I Nr. 11 Satz 2 und 3 (§ 12b Abs. I. und II. Satz 2)

und

- insoweit Artikel II

sowie folgender Maßgabe, gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:
Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 3 tritt abweichend von Artikel II Satz 1 am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Bonn, den 11. August 2009
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Rexroth
(Dienstsiegel)

4. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 24. Juni 2009

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

§ 15 der Satzung erhält folgenden Wortlaut:

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

I Die ESSO BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres.

Anspruch

II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der ESSO BKK bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 547. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S547) ,

2. bei Mitgliedern nach dem KSVG ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K15)

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

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

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

VI Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XIV oder XV
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der ESSO BKK.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

VII Die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der Hälfte der gesetzlichen Vorschrift.

Für die nach dem KSVG Versicherten beträgt die Höhe des Krankengeldes wahlweise

Einkommen monatlich bis	wählbares Tagegeld	
	min.	max.
1286,00 €	20 €	30 €
1715,00 €	30 €	40 €
2143,00 €	30 €	50 €
2572,00 €	40 €	50 €
4285,00 €	50 €	50 €

Das Krankengeld für die nach dem KSVG Versicherten darf 35 % des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht unterschreiten sowie 70 % des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht überschreiten.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der ESSO BKK.

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

Zahlung

IX Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten für längstens 26 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

Ruhen

XI Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

XII Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

XIII Frühstmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der ESSO BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der ESSO BKK gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

XIV Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der ESSO BKK. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der ESSO BKK vorbehaltlich Absatz XV frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XV Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

Prämien

XVI Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarifgruppenkennzahlen.

Die monatlich zu zahlende Prämie für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder beträgt 3 € zuzüglich 0,003 € je 0,50 € Tagegeld.

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie für die nach dem KSVG Versicherten beträgt in den Tarifgruppen

Tarif	**EUR**
K15-20	14,37
K15-30	17,56
K15-40	20,75
K15-50	23,94

XVII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die ESSO BKK zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

XVIII Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens
- bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

XIX Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

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

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1 tritt rückwirkend zum 01.08.2009 in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 10.12.09.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Walter Barkow

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2009 beschlossene 4. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- von Artikel I § 15 Absatz VII Satz 2, erste Stufe der Tabelle (0,00 €)
- von Artikel I Anlage (zu § 15)

und

- insoweit Artikel II

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

Bonn, den 18.Januar 2010
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Reis
(Dienstsiegel)

5. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 10. Dezember 2009

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

1. § 9 Abs. II der Satzung erhält folgenden Wortlaut:

   " II. Die BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt pauschal 8,00 € monatlich, unabhängig von der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

   Der Zusatzbeitrag wird quartalsweise erhoben; er ist jeweils am 20. des dritten Monats des Quartals, erstmalig am 20.06.2010 fällig. "

2. § 12 Nr. V „Hospiz- Betreuung" wird gestrichen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1 tritt zum 01.04.2010 in Kraft.
Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 2 tritt mit Bekanntmachung in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 28.01.2010.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Rolf Wedemeyer

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 28. Januar 2010 beschlossene 5. Nachtrag zur Satzung gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

Bonn, den 24. Februar 2010
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Beckschäfer
(Dienstsiegel)

6. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 28.01.2010

Artikel I

Die Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. II erhält folgende Fassung:

   Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 6 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

2. § 2 Abs. X wird wie folgt neu eingefügt:

   Nach § 49 Abs. 4 SGB IV wird die Abstufung der Stimmen nach § 49 Abs. 2 wie folgt vorgenommen:

   Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag der Wahl (§ 50 Abs.1) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

   Er hat bei

   0 bis 20 Versicherten eine Stimme
   21 bis 40 Versicherten zwei Stimmen und

   je weitere 1 bis 20 Versicherten eine weitere Stimme bis zur Höchstzahl von 20 Stimmen.

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel I Nr. 1 tritt mit Beginn der elften Wahlperiode in Kraft. Artikel I Nr. 2 tritt mit Beschlussfassung in Kraft
und findet auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.

Beschlossen durch schriftliche Abstimmung des Verwaltungrates am 16.03.2010.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Rolf Wedemeyer

Genehmigung

Der vorstehende, vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren am 16. März 2010 beschlossene 6. Nachtrag zur Satzung der ESSO BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

Bonn, den 25. März 2010
I 2 – 59328.0 – 2412/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Odenthal
(Dienstsiegel)

7. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 16.03.2010

Artikel I

Die Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse wird wie folgt geändert:

§ 2 Abs. II erhält folgende Fassung:

Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören ab Beginn der 11. Wahlperiode als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 3 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Nachtrag tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 01.07.2010.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Rolf Wedemeyer (Dienstsiegel)

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 01. Juli 2010 beschlossene 7. Nachtrag zur Satzung der ESSO BKK wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Abs. 1 SGB IV genehmigt:

Bonn, den 09. August 2010
I 2 – 59328.0 – 2412/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Odenthal
(Dienstsiegel)

8. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg
vom 30. August 2007 in der Fassung vom 01. Juli 2010

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

1. § 9 Abs. II der Satzung erhält folgenden Wortlaut:

" II. Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs.1 SGB V. “

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1 tritt zum 01.01.2011 in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 15.12.2010.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Rolf Wedemeyer (Dienstsiegel)

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 15. Dezember 2010 beschlossene 8. Nachtrag zur Satzung der ESSO BKK wird gemäß § 195 Absatz 1 in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

Bonn, den 17. Januar 2011
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

gez. Beckschäfer
(Dienstsiegel)

9. Nachtrag

zur Satzung der ESSO Betriebskrankenkasse, Hamburg vom 30. August 2007 in der Fassung vom 15.12.2010

Der Verwaltungsrat der ESSO Betriebskrankenkasse hat in seiner Sitzung vom 06.04.2011 folgenden Satzungsnachtrag einstimmig beschlossen:

Artikel I

Die Satzung der ESSO BKK wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird um einen neuen Abs. IV ergänzt:

   IV. Ist ein Mitglied der Betriebskrankenkasse mit der teilweisen Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so ist ein Verspätungszuschlag zu zahlen. Der Verspätungszuschlag beträgt 20,00 EUR.

2. § 12 Abs. III Nr. 1 erhält folgende Fassung:

   1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,

      - wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,

      - im Anschluss an eine ambulante Operation oder wenn eine ärztliche Behandlungsmaßnahme mit vergleichbarer Wirkung durchgeführt wurde und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,

      - wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

      Die Haushaltshilfe ist auf maximal 2 Stunden pro Tag begrenzt, wenn in dem Haushalt kein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen (42 Kalendertage) gewährt.

3. § 12 Abs. VI erhält folgende Fasung:

   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 für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

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

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem 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 10 v. H. mindestens 3 EUR und maximal 50 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.

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

4. § 12 wird um einen neuen Abs. VII ergänzt:

VII. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

2. das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 20 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. § 12 Abs. IV Nr. 4, 5 und 6 gelten.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

5. § 12a erhält folgende Fassung:

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des

Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:
> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
> Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:
> Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
> Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:
> Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
> Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:
> Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
> Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

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 einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100 EUR je Maßnahme gewährt.

6. § 13a wird ersatzlos gestrichen.

7. § 13b wird zu § 13a der Satzung und erhält in

Abs. II folgende Fassung:

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, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

8. § 13c wird zu § 13b der Satzung und erhält in Abs. II folgende Fassung:

II. Versicherte, die an strukturierten Behandlungsprogrammen nach Abs. I teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 40 EUR. Die Prämie nach Satz 1 wird nach 12 Monaten der ununterbrochenen Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.

9. § 13d wird zu § 13c der Satzung und Abs. III ersatzlos gestrichen.

10. § 14 Abs. III und Abs. IV erhalten folgende Fassung:

III. Der Bonus wird in Form von Sach- oder Geldprämien gewährt. Die Einlösung von Prämien setzt das Erreichen eines Mindestwertes von 40 Bonuspunkten voraus. Bei gewählter Geldprämie entspricht der Bonuspunkt einem Wert von 1,-- EUR. Die Einlösung der Prämie für das laufende Jahr ist frühestens ab 01.11. des laufenden Jahres möglich.

IV. Die erworbenen Bonusansprüche verfallen,

a) wenn und soweit die Inanspruchnahme der Leistungen nach Abs. 2 länger als 36 Monate zurückliegt

b) bei Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm

c) mit Eingang der Kündigung der Mitgliedschaft oder bei Ende der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse aus sonstigem Grund.

11. § 19 wird um folgenden Abs. 2 ergänzt:

Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 1, 3, 4 und 5 tritt rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.
Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 6, 7, 8 und 9 tritt zum 01.07.2011 in Kraft.
Der Satzungsnachtrag zu Artikel I Nr. 2,10 und 11 tritt am Tage nach Bekanntmachung in Kraft.

Beraten und beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 06.04.2011.

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Walter Barkow (Dienstsiegel)

Das Bundesversicherungsamt hat am 05. Mai 2011 den 9. Satzungsnachtrag genehmigt.

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 06.04.2011 beschlossene 9. Nachtrag zur Satzung der ESSO BKK wird mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Abs. 1 SGB IV genehmigt:

- in Art. I Nr. 3 wird die Überschrift „§ 12 Abs. VI“ in „§ 12 Abs. IV“ ersetzt
- in Art. I Nr. 3 § 12 Abs. IV_neu werden in Ziffer 7 Satz 1 nach den Worten „in einem“ die folgenden Wörter eingefügt: „anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, einem anderen“,
- in Art. I Nr. 4 wird die Überschrift „§ 12 Abs. VII“ in „§ 12 Abs. V“ ersetzt.

Bonn, den 5. Mai 2011
II 3 – 59328.0 – 2674/2007

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
gez. Beckschäfer

(Dienstsiegel)

ESSO Betriebskrankenkasse
Der Vorstand

Anlage zu § 2 der Satzung

Regelungen gemäß § 41 SGB IV über die Entschädigung der Organmitglieder der ESSO Betriebskrankenkasse

§ 1 Allgemeines

Diese Reisekostenrichtlinien gelten für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der ESSO Betriebskrankenkasse soweit ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit Auslagen entstehen.

§ 2 Fahrkosten

1. Für Reisen anlässlich der ehrenamtlichen Tätigkeit sind öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Bei Eisenbahnfahrten ist der günstigste Tarif der 2. Wagenklasse (ggf. einschließlich Schlafwagen) zu wählen. Flugreisen müssen in vernünftiger Relation zum Zweck der Reise und zum erforderlichen Zeitaufwand stehen.

2. Für An- und Abfahrten von der Wohnung zum Bahnhof/Flughafen bzw. zum Tätigkeitsort sind ebenfalls öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen; Taxikosten können nur in begründeten Ausnahmefällen abgerechnet werden.

3. Die nachgewiesenen notwendigen Fahrkosten gemäß Abs. 1 und 2 werden dem Organmitglied in voller Höhe ersetzt.

4. Bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines privateigenen Kraftwagens werden für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetz geltenden Sätze erstattet; für Mitfahrer dürfen keine Fahrgelder abgerechnet werden. Für die Berechnung der Fahrkilometer gilt die günstigste Entfernung zwischen der Arbeitsstätte/Wohnung zum Tätigkeitsort.

§ 3 Unterkunft und Verpflegung

1. Die Entschädigung für den Mehraufwand an Verpflegung bei Dienstreisen bei Abwesenheit vom Arbeitsplatz bzw. Wohnung richtet sich nach § 4 Abs. 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG.

   Für die nicht aus dem Tagegeld bestrittenen Kosten für Mittag- und Abendessen wird je Mahlzeit ein Eigenkostenanteil von 40 v. H., für das Frühstück von 20 v. H. in Anrechnung gebracht.

2. Für die Kosten der Übernachtung wird von der ESSO BKK ein Übernachtungsgeld gemäß § 7 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz gezahlt. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab um 4,80 Euro zu kürzen. Darüber hinausgehende Kosten werden erstattet, soweit sie unvermeidbar sind.

3. Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tagegeld und Übernachtungsgeld gewährt werden.

§ 4 Verdienstausfall

Den Versichertenvertretern in den Organen entsteht weder ein Verdienstausfall noch ein Zeitaufwand. Ein Pauschalbetrag für Zeitaufwand ist deshalb nicht festgesetzt.

Aufstellung über die DMP-relevanten Regionen
(Anlage zu § 13 a dieser Satzung)

Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 13 a

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs in
   - Hessen, gültig vom 30.01.04 bis 29.01.10

2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 in
   - Hessen, gültig vom 16.05.06 bis 15.05.09

Aufstellung über die DMP-relevanten Regionen
(Anlage zu § 13 c Abs. I dieser Satzung)

	gültig von bis
KV-Baden-Württemberg	
Asthma	13.04.2007 - 12.04.2012
Brustkrebs	09.12.2004 - 08.12.2014
COPD	13.04.2007 - 12.04.2012
Diabetes mellitus Typ 1	01.10.2006 - 30.06.2016
Diabetes mellitus Typ 2	06.10.2003 - 30.06.2016
Koronare Herzkrankheit	11.10.2005 - 30.09.2015
KV-Bayern	
Brustkrebs	28.04.2005 - 27.04.2015
Diabetes mellitus Typ 1	28.12.2006 - 27.12.2011
Diabetes mellitus Typ 2	23.12.2003 - 22.12.2011
Koronare Herzkrankheit	21.04.2005 - 31.12.2014
Asthma bronchiale	10.05.2006 - 31.03.2016
COPD	10.05.2006 - 31.03.2016
KV-Berlin	
Brustkrebs	29.12.2004 - 28.12.2014
Diabetes mellitus Typ 2	17.09.2003 - 16.09.2016
Koronare Herzkrankheit	04.11.2004 - 03.11.2014
Asthma bronchiale	24.04.2007 - 23.04.2012
Diabetes mellitus Typ 1	21.01.2008 - 20.01.2013
COPD	24.04.2007 - 23.04.2012
KV-Brandenburg	
Brustkrebs	24.11.2004 - 31.08.2014
Diabetes mellitus Typ 1	22.08.2005 - 31.03.2015
Diabetes mellitus Typ 2	01.07.2004 - 30.06.2012
Koronare Herzkrankheit	15.11.2004 - 31.08.2014
Asthma bronchiale	29.12.2006 - 28.12.2011
COPD	19.06.2006 - 31.05.2016

KV-Bremen

Diabetes mellitus Typ 1	11.05.2006 - 10.05.2016
Diabetes mellitus Typ 2	24.05.2007 - 23.05.2012
Koronare Herzkrankheit	20.04.2005 - 28.02.2015
Asthma bronchiale	05.04.2006 - 04.04.2011
COPD	05.04.2006 - 04.04.2016

KV-Hamburg

Brustkrebs	01.01.2005 - 31.12.2014
Diabetes mellitus Typ 2	03.11.2003 - 02.11.2016
Koronare Herzkrankheit	01.02.2006 - 31.01.2016
Asthma bronchiale	02.07.2007 - 01.07.2012
Diabetes mellitus Typ 1	15.07.2008 - 14.07.2013
COPD	02.07.2007 - 01.07.2012

KV-Hessen

Diabetes mellitus Typ 1	01.01.2007 - 31.12.2011
Koronare Herzkrankheit	29.09.2004 - 28.09.2014
Asthma bronchiale	01.04.2007 - 31.03.2012
COPD	01.04.2007 - 31.03.2012
Brustkrebs	01.01.2011 - 31.12.2015
Diabetes mellitus Typ 2	01.01.2011 - 31.12.2015

KV-Mecklenburg-Vorpommern

Brustkrebs	11.02.2005 - 10.02.2015
Diabetes mellitus Typ 1	20.09.2005 - 19.09.2015
Diabetes mellitus Typ 2	15.11.2006 - 14.11.2011
Koronare Herzkrankheit	15.10.2004 - 14.10.2011
Asthma bronchiale	24.07.2006 - 23.07.2016
COPD	24.07.2006 - 23.07.2016

KV-Niedersachsen

Brustkrebs	20.07.2004 - 30.06.2012
Diabetes mellitus Typ 2	08.07.2003 - 07.07.2016
Koronare Herzkrankheit	22.12.2005 - 31.07.2015
Asthma bronchiale	05.03.2007 - 04.03.2012
Diabetes mellitus Typ 1	05.03.2007 - 04.03.2012
COPD	05.03.2007 - 04.03.2012

KV-Nordrhein

Brustkrebs	27.03.2003 - 26.03.2016
Diabetes mellitus Typ 1	25.04.2006 - 24.04.2016
Diabetes mellitus Typ 2	15.07.2003 - 30.06.2016
Koronare Herzkrankheit	28.09.2004 - 14.08.2012
Asthma bronchiale	01.09.2006 - 31.08.2011
COPD	01.09.2006 - 31.08.2011

KV-Rheinland-Pfalz

Brustkrebs	27.08.2004 - 31.07.2012
Diabetes mellitus Typ 1	02.02.2006 - 01.02.2016
Diabetes mellitus Typ 2	02.07.2003 - 01.07.2011
Koronare Herzkrankheit	14.07.2005 - 13.07.2015
Asthma bronchiale	22.06.2007 - 21.06.2012
COPD	22.06.2007 - 21.06.2015

KV-Saarland

Brustkrebs	24.03.2005 - 29.02.2015
Diabetes mellitus Typ 2	01.11.2006 - 31.10.2016
Koronare Herzkrankheit	25.08.2005 - 31.07.2015
Asthma bronchiale	17.09.2007 - 16.09.2012
COPD	01.07.2007 - 30.06.2012

KV-Sachsen

Brustkrebs	25.10.2006 - 30.06.2016
Diabetes mellitus Typ 2	24.07.2003 - 23.07.2016
Koronare Herzkrankheit	20.04.2005 - 31.12.2014
Asthma bronchiale	03.07.2008 - 02.07.2013
Diabetes mellitus Typ 1	30.03.2007 - 29.03.2012
COPD	03.07.2008 - 02.07.2013

KV-Sachsen-Anhalt

Diabetes mellitus Typ 1	27.07.2006 - 26.07.2016
Diabetes mellitus Typ 2	04.05.2004 - 03.05.2014
Koronare Herzkrankheit	12.04.2005 - 11.04.2015
Asthma bronchiale	21.12.2006 - 20.12.2011
COPD	21.12.2006 - 20.12.2011
Brustkrebs	17.08.2007 - 16.08.2012

KV-Schleswig-Holstein

Brustkrebs	29.08.2005 - 28.08.2015
Diabetes mellitus Typ 1	01.06.2005 - 31.05.2015
Diabetes mellitus Typ 2	01.08.2003 - 31.07.2016
Koronare Herzkrankheit	01.08.2005 - 31.07.2015
Asthma bronchiale	28.08.2006 - 27.08.2016
COPD	28.08.2006 - 27.08.2016

KV-Thüringen

Brustkrebs	28.02.2005 - 31.10.2014
Diabetes mellitus Typ 1	09.08.2006 - 30.06.2016
Koronare Herzkrankheit	28.09.2004 - 30.06.2012
Asthma bronchiale	07.05.2007 - 06.05.2012
Diabetes mellitus Typ 2	30.01.2008 - 29.01.2013
COPD	07.05.2007 - 06.05.2012

KV-Westfalen-Lippe

Brustkrebs	23.07.2003 - 22.07.2016
Diabetes mellitus Typ 1	01.09.2005 - 30.06.2015
Diabetes mellitus Typ 2	15.07.2003 - 14.07.2015
Koronare Herzkrankheit	01.10.2004 - 30.09.2012
Asthma bronchiale	17.08.2006 - 16.08.2016
COPD	17.08.2006 - 16.08.2016