



Satzung der

Continental Betriebskrankenkasse

Stand: 13. Dezember 2023

In der Fassung des 13. Satzungsantrages

(Genehmigung Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13. Dezember 2023)

Inhalt

Artikel I	5
A Verfassung	5
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§ 2 Verwaltungsrat	6
§ 3 Ehrenamtliche Berater	9
§ 4 Vorstand.....	9
§ 5 Widerspruchsausschuss.....	10
B Mitgliedschaft	12
§ 6 Kreis der versicherten Personen.....	12
§ 7 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	12
C Beiträge	13
§ 8 Aufbringung der Mittel	13
§ 9 Bemessung der Beiträge	13
§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	13
§ 11 Fälligkeit der Beiträge.....	13
§ 12 Beitragsvorschüsse	14
D Rücklage	14
§ 13 Höhe der Rücklage.....	14
E Leistungen	15
§ 14 Leistungen.....	15
§ 15 Primärprävention	15
§ 16 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	16
§ 16a Förderung der Digitalen Gesundheitskompetenz.....	16
§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen	17
§ 18 Kostenerstattung	17
§ 19 Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland	18
§ 20 Kostenerstattung Wahlarzneimittel	19
§ 21 Haushaltshilfe.....	20
§ 22 Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit	21
§ 23 Zusätzliche Satzungsleistungen	21
§ 23a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel	21

§ 23b	Osteopathie	22
§ 23c	Medizinische Vorsorge	23
§ 23d	Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	24
§ 23e	Künstliche Befruchtung.....	25
§ 23f	Rufbereitschaft Hebammen	25
§ 23g	Geburtsvorbereitungskurs sowie medizinische Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft / Mutterschaft	25
§ 23h	Arzneimittel während der Schwangerschaft.....	27
§ 23i	Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer	27
§ 24	Persönliche elektronische Gesundheitsakte	28
F	Wahltarife.....	29
§ 25	Wahltarif Prämienzahlung	29
§ 26	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	31
§ 27	Wahltarif Besondere Versorgung.....	31
§ 28	Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme	32
§ 29	Wahltarife Krankengeld	32
§ 30	zurzeit nicht belegt	39
G	Bonusprogramme	40
§ 31	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	40
§ 32	BKK BabyBonus.....	41
§ 33	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	42
§ 34	Versichertenbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	42
H	Sonstige Vorschriften	43
§ 35	Leistungsausschluss	43
§ 36	Kooperation mit der PKV	43
§ 37	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	44
§ 38	Aufsicht	44
§ 39	Mitgliedschaft zum Landesverband	44
§ 40	Bekanntmachungen.....	44
§ 41	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	45

Artikel II	46
Inkrafttreten	46
Anlage 1 (zu § 1 – Unternehmen nach § 1 Absatz 3)	47
Anlage 2 (zu § 2 - Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der Continental BKK)	49
Anlage 3 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	54

Artikel I

A Verfassung

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie führt den Namen

„Continental Betriebskrankenkasse“

sowie die Kurzbezeichnung: „Continental BKK“.

Sie geht aus der durch Vereinigung der Betriebskrankenkassen Die Continentale Betriebskrankenkasse, BKK Phillips, LOGISTIK BKK und BKK Sauerland im Jahr 2009 entstandenen Continental Betriebskrankenkasse und der im Jahr 1854 errichteten Betriebskrankenkasse HENSCHEL Plus hervor.

Die Continentale BKK hat ihren Sitz in Hamburg.

- (2) Die Organe der Continentale BKK sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.
- (3) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf alle in der Anlage 1 zu dieser Satzung aufgeführten Unternehmen.
- (4) Darüber hinaus erstreckt sich der Bereich der Continentale BKK auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- (1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Continentale BKK 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.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres.

- (2) Dem Verwaltungsrat der Continentale BKK gehören als Mitglieder 11 Versichertenvertreter und 11 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- (2a) Mit Beginn der 13. Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat der Continentale BKK als Mitglieder 8 Versichertenvertreter und 8 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Continentale BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Continentale BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Continentale BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Mitglieder des Vorstandes sowie eines Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden aus deren Mitte zu wählen und die Tätigkeit des Vorstands vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Continentale BKK mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstands zu beauftragen, wenn der Vorstand längere Zeit an der Ausübung seines Amtes gehindert ist oder der Vorstand für längere Zeit nicht besetzt ist,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Continentale BKK 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 Krankenkassen zu beschließen,
 10. über die Bestellung eines Prüfers zur Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV 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 Nummer 9 SGB V einzubeziehen ist.
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - (6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
 - (7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage 2 zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
 - (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

- a) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - b) Änderungen der Satzung, der Beschluss über freiwillige Vereinigung nach § 150 SGB V sowie der Beschluss über Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken und Errichtung von Gebäuden bedürfen der Zustimmung von zwei Drittel der anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates. Für den Beschluss über die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder über die Auszahlung einer Prämie gilt Absatz 8 Buchstabe a.
- (9) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
- a) Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 - b) Änderungen der Satzung sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung offener Unrichtigkeiten handelt,
 - c) Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest,
 - d) Angelegenheiten, bei denen aus wichtigen Gründen die Durchführung einer Präsenzsitzung des Verwaltungsrates oder seiner Ausschüsse nicht möglich ist. Als wichtiger Grund gilt zum Beispiel das Vorliegen einer Pandemie.

Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

§ 3 Ehrenamtliche Berater

Zur Herstellung einer möglichst engen Verbindung zwischen den Versicherten und der Continentale BKK werden ehrenamtliche Berater tätig, die sich durch Vereinbarung für die Aufgabe zur Verfügung stellen.

§ 4 Vorstand

- (1) Der aus zwei Mitgliedern bestehende Vorstand der Continentale BKK übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Continentale BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Continentale BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die Continentale BKK alleine zu vertreten.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrats aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan und die Jahresrechnung aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfern vorzulegen,

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Continentale BKK wird vom Vorstand eingestellt.
- (5) Der Vorstand erlässt Regelungen über die Verwaltung der Continentale BKK und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.

§ 5 Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidungen über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen.

Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Dortmund. Es können bei Bedarf Widerspruchsausschüsse an den Standorten Hamburg, Kassel und Plettenberg eingerichtet werden.

- (2)
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrats der Continentale BKK.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrats gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrats. 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 Absatz 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung.

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 ohne Stimmrecht beratend teil.
7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des Sozialgesetzbuches und die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

B Mitgliedschaft

§ 6 Kreis der versicherten Personen

- (1) Zum Mitgliederkreis der Continente BKK gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

Nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Continente BKK nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

§ 7 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches V und die folgenden Bestimmungen der Satzung.
- (2) Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft kündigen, wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- (3) Die freiwillige Mitgliedschaft endet, sobald das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, es sei denn, dass über- oder zwischenstaatliches Recht etwas anderes vorsieht.

C Beiträge

§ 8 Aufbringung der Mittel

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

§ 9 Bemessung der Beiträge

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

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Von Mitgliedern wird ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag (§ 242 Absatz 1 SGB V) in Höhe von 1,6 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

- (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 der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den

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

- (3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 12 Beitragsvorschüsse

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

D Rücklage

§ 13 Höhe der Rücklage

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

E Leistungen

§ 14 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Continental BKK haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften und den nachfolgenden Bestimmungen der Satzung insbesondere

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
- zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

§ 15 Primärprävention

- (1) Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Continental BKK auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem
- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V),
 - Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V),

- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung – BGF – nach § 20b SGB V).
- (2) Für Leistungen nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention) gilt:

Die Förderung durch die Continentale BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im Absatz 1 genannten Leitfadent Prävention aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 vom Hundert der Kurseinheiten in voller Höhe der entstandenen Kosten, maximal aber 250,00 Euro, gewährt. Es gilt § 23 Absatz 2.

§ 16 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

- (1) Die Continentale BKK gewährt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V weitere Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten/ Krankheitserreger sowie die medikamentöse Malariaphylaxe als andere Maßnahme, soweit sie ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist. Dies gilt auch für Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind.
- (2) Werden die Schutzimpfungen nicht als Sachleistung erbracht, erstattet die Continentale BKK die Kosten in tatsächlich entstandener Höhe. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Continentale BKK keine Leistungen. Es gilt § 23 Absatz 2.

§ 16a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- (1) Die Continentale BKK bietet ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu

Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils aktuellen Fassung, an.

- (2) Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, erbringt die Continentale BKK einen einmaligen kalenderjährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (3) Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne direkten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. Anwendung von Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten, dürfen von der Continentale BKK nicht angeboten oder finanziell bezuschusst werden.

§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen

Als Zuschuss zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten wird ein Pauschalbetrag von 160,00 Euro gewährt, wenn die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25,00 Euro kalendertäglich.

§ 18 Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Continentale BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Continentale BKK 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 Eingang der Beendigungsmitteilung bei der Continentale BKK.
- (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 Continentale BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
- (6) Der Erstattungsbetrag ist um 5 vom Hundert, höchstens 40,00 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen.
- (7) Für den Bereich der ärztlichen Versorgung wird der Erstattungsbetrag regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 25 vom Hundert der ausgewiesenen privatärztlichen ambulanten Rechnungslegung ermittelt. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.

§ 19 Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland

- (1) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- und Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrags 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 Berufs 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 Continentale BKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 vom Hundert, maximal 50,00 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Continentale BKK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

- (2) Abweichend von Absatz 1 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 Continentale BKK 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.

§ 20 Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Versicherte haben im Rahmen der Versorgung mit Arzneimittel die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Grundlage hierfür sind §§ 13 Absatz 2, 129 Absatz 1 SGB V.

Die Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die Continentale BKK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat.

Versicherte haben die Wahlmöglichkeit, unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes als eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabattarzneimittel der Continentale BKK zu wählen.

- (2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen einzureichen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Continentale BKK bei Erbringung von Sachleistungen zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels

anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

Vom Erstattungsbetrag werden 27,5 vom Hundert als Abschlag für die der Continentale BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 21 Haushaltshilfe

- (1) Versicherte erhalten über § 38 Absatz 1 SGB V hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- (2) Die Haushaltshilfe ist auf 14 Einsatztage je Erkrankung und einen Zeitraum von 3 Wochen begrenzt. Eine erneute Inanspruchnahme ist frühestens nach Ablauf von 4 Wochen, ausgehend vom letzten Einsatztag, möglich. Es gilt eine Höchstdauer von insgesamt 28 Einsatztagen im Kalenderjahr.
- (3) Die Haushaltshilfe wird für maximal 2 Stunden je Einsatztag gewährt. Lebt im Haushalt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird die Haushaltshilfe für maximal 6 Stunden je Einsatztag gewährt.
- (4) 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 Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Continentale BKK kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
- (5) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

§ 22 Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

§ 23 Zusätzliche Satzungsleistungen

- (1) Die Continentale BKK gewährt ihren Versicherten zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen weitere Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der zusätzlichen Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen der §§ 23a bis 23h.
- (2) Der Gesamtanspruch nach §§ 23a bis 23d sowie nach § 15 (Primärprävention) und § 16 (Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe) beträgt je Versicherten und je Kalenderjahr max. 400,00 Euro (BKK Gesundheitskonto: „BKK GesundPlus“). Die in den einzelnen Paragraphen enthaltenen Kostenbegrenzungen bleiben unberührt.

§ 23a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

- (1) Die Continentale BKK erstattet Kosten nach § 34 Absatz 1 SGB V für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

- b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- (2) Die Continentale BKK erstattet die entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 unter Abzug der Zuzahlungen entsprechend § 31 Absatz 3 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V. Pro Kalenderjahr und Versicherten ist die Kostenerstattung für alle Arzneimittel auf einen Betrag von maximal 100,00 Euro begrenzt. Es gilt § 23 Absatz 2.
- (3) Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.
- (4) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
- (5) Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 23b Osteopathie

- (1) Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Dies gilt nicht, wenn die Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
- (2) Die Continentale BKK übernimmt die Kosten für bis zu vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet wird der Rechnungsbetrag, maximal 40,00 Euro pro Sitzung.
- (3) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

§ 23c Medizinische Vorsorge

Hautkrebsvorsorge

- (1) Die Continentale BKK beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V über die Regelversorgung hinaus im Einzelfall an den Kosten für eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Derartige Risikofaktoren sind:

- Vorliegen des Hauttyps 1 (Dermatitis solaris – Sonnenbrand statt Bräunung)
- Vorhandensein von mehr als 50 Leberflecken
- Vorhandensein größerer Leberflecken, > 5 mm
- Immunsuppressive Therapie nach einer Organtransplantation.

Zur Untersuchung gehören:

- Gezielte Anamnese (gezieltes Erheben der Krankengeschichte),
- Visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (sichtbaren Schleimhäute),
- Visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,
- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,
- Dokumentation.

Die Leistung darf ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnete Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht werden. Der Zuschuss beträgt 28,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Zuschuss ist ausgeschlossen, soweit die Leistung über gesetzliche oder vertragliche Vereinbarungen in Anspruch genommen wurde. Es gilt § 23 Absatz 2.

Brustkrebs-Tastuntersuchung

- (2) Die Continentale BKK erstattet im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

Zur Erstattung ist der Continentale BKK die spezifizierte Rechnung und die ärztliche Bestätigung der oben genannten Vorbelastung vorzulegen.

§ 23d Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- (1) Die Continentale BKK beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
 - a) erhöhtes Körpergewicht
 - b) erhöhter Blutdruck
 - c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d) Atemwegserkrankungen
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f) Diabetes
 - g) Rauchen
 - h) Alkoholmissbrauch.
- (2) Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
- (3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Die Continentale BKK erstattet 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,00 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 und nicht mehr als 100,00 Euro pro Behandlung nach den Absätzen 1 und 2 zusammen. Es gilt § 23 Absatz 2. Zur Erstattung sind die

spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen einzureichen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

§ 23e Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar. Der Zuschuss beträgt 250,00 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

§ 23f Rufbereitschaft Hebammen

- (1) Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die Continentale BKK die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft (37. bis 42. Schwangerschaftswoche) entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
- (2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme in Höhe von maximal 250,00 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist die spezifizierte Rechnung der Hebamme vorzulegen.

§ 23g Geburtsvorbereitungskurs sowie medizinische Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft / Mutterschaft

- (1) Die Continentale BKK übernimmt die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für den Lebenspartner in voller Höhe, maximal 80,00 Euro, wenn der Kurs von einer nach § 134a Absatz 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Hebamme erbracht wird.

- (2) Die Continentale BKK beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 23 SGB V im Einzelfall mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Der Zuschuss für diese in den nachfolgenden Absätzen dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 120,00 Euro pro Schwangerschaft begrenzt.

Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

- (3) Um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden, beteiligt sich die Continentale BKK mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses erbracht werden, und zwar
- B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedelung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter/-väter, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen.
 - Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter/-väter, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen.
 - Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
 - Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
- (4) Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.

- (5) Zur Erstattung ist die jeweilige spezifizierte Rechnung vorzulegen.

§ 23h Arzneimittel während der Schwangerschaft

- (1) Die Continentale BKK erstattet schwangeren Versicherten die Kosten in voller Höhe für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Folsäure und Jod als Monopräparate und Kombinationspräparate aus diesen Wirkstoffen zur Vermeidung eines Mangels während der Schwangerschaft, sofern
- a) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte,
 - b) das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschen Rechts zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- (2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.
- (3) Für Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
- (4) Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 23i Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

- (5) Die Continentale BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze, sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Die Kostenübernahme setzt voraus, dass
- a) die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V von einem Arzt bescheinigt wird,
 - b) eine zumindest gleichwertige Versorgung durch den Leistungserbringer wie in einem zugelassenen Krankenhaus gewährleistet ist und dem Leistungserbringer eine Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung erteilt worden ist,

- c) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der Continentale BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
 - d) die Continentale BKK der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.
- (2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
 - (3) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 39 Absatz 4 i. V. m. § 61 Satz 2 SGB V.
 - (4) Mit der Zustimmung nach Absatz 1 Buchstabe d erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Continentale BKK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 24 Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Continentale BKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte.

Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

- (2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der Continentale BKK für die Versicherten tätig wird.
- (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Continentale BKK.
- (4) Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

F. Wahltarife

§ 25 Wahltarif Prämienzahlung

- (1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Continentale BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Continentale BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Continentale BKK spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

- (2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 20 und 20i SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 SGB V)
 - Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (§ 22a SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
 - Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 24c bis 24i SGB V in Verbindung mit den Mutterschafts-Richtlinien.

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- (3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt

nach dem 1. Jahr	-	50 vom Hundert
nach dem 2. Jahr	-	75 vom Hundert
nach dem 3. Jahr	-	100 vom Hundert

von einem Zwölftel des im Kalenderjahr an die Continentale BKK gezahlten Anteils des Versichertenbeitrags, höchstens 600,00 Euro.

- (4) Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 Euro, nicht überschreiten.
- (5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz 1 nicht wählen.
- (6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Continentale BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Continentale BKK. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Continentale BKK nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Continentale BKK.

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

Eine gleichzeitige Teilnahme am Wahltarif „BKK Azubi exklusiv“ nach § 30 ist ausgeschlossen.

§ 26 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

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

§ 27 Wahltarif Besondere Versorgung

- (1) Die Continentale BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

§ 28 Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

- (1) Die Continentale BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 29 Wahltarife Krankengeld

- (1) Die Continentale BKK bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

Anspruch

- (2) 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 Absatz 2 SGB V; § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz 4 SGB V; § 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Continentale 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 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. 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.

- (3) 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 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/20, S/40, S/60, S/80) (Karenzzeit),
2. bei Versicherten nach dem KSVG ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K/15, K/30) (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. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 14), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorhergehenden Tarif anschließt.

- (4) 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 Continental BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Continental BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- (5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (6) Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 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 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 15 oder 16,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Continente BKK.

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

Höhe

- (7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.200,00 Euro 20,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/20),
 2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.000,00 Euro 40,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/40),
 3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.800,00 Euro 60,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/60),

4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bis zur jeweils gültigen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze 80,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/80).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Continente BKK. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 19.

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der Continente BKK sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Continente 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 der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- (9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

- (10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten Drei-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer

erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Drei-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. 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. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 17 oder 18 unbeachtlich.

- (11) Abweichend von Absatz 10 besteht bei Mitgliedern nach § 53 Absatz 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben, nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht. Bei der Berechnung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach Absatz 10 werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt.

Ruhen

- (12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

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. 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.

- (13) Die §§ 16 Absatz 1 bis 3 und 4, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60 bis 63, 65, 66 bis 67 SGB I entsprechend.

Wahl / Beginn / Laufzeit

- (14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Continentale BKK folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Continentale 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.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

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

- (15) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Continentale BKK. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Continentale BKK vorbehaltlich Absatz 16 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (16) 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. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 vom Hundert, bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- (17) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit ist ein Wechsel nicht möglich. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist –

vorbehaltlich Absatz 18 – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Continental BKK folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz 18 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

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

Prämien

- (19) Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz 3 und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz 7 ergeben sich die Tarif(gruppen)kennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarifgruppen	S/20	S/40	S/60	S/80
Hauptberuflich Selbständige, unständig Beschäftigte				
Prämie/mtl.	40,40 €	80,80 €	121,20 €	161,60 €

Tarifgruppen	K/15	K/30
Künstler/Publizisten		
Prämie/mtl.	55,80 €	111,60 €

- (20) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Continentale BKK zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz 21. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen 17 oder 18 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Absatz 2 SGB I.

- (21) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Continentale BKK zurück zu zahlen.
- (22) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach § 19 Absatz 2 VwVG erhoben.
- (23) Die Continentale BKK darf fällige Prämien gemäß § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 30 zurzeit nicht belegt

G Bonusprogramme

§ 31 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- (1) Mit dem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten leistet die Continentale BKK einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Bonusprogramm soll die Eigeninitiative und Eigenverantwortung bei der Gesunderhaltung der Versicherten fördern und ist ein geeignetes Instrument zur Stärkung der Patientensouveränität.
- (2) Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Die Continentale BKK stellt dem Teilnehmer die jeweils aktuelle Fassung der Teilnahmebedingungen zur Verfügung. Diese erkennt der Teilnehmer mit der Rücksendung der Bonuskarte an.
- (3) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die
 - a) Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen,
 - b) regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.
- (4) Der Bonus wird in Form eines Geldbonus oder eines Zuschusses für selbst in Anspruch genommene Leistungen (Gesundheitszuschuss) gewährt. Die Bonusansprüche verfallen bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm.
- (5) Das Nähere regelt die Anlage 3 zur Satzung der Continentale BKK; die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (6) Eine gleichzeitige Teilnahme am BKK BabyBonus nach § 32 ist möglich. Allerdings können Maßnahmen, die sowohl unter § 31 als auch unter § 32 möglich sind, nur in einer Bonusvariante berücksichtigt werden.

§ 32 BKK BabyBonus

- (1) Versicherte erhalten einen Bonus für die Inanspruchnahme von:
 - a) allen vorgesehenen Schutzimpfungen im ersten Lebensjahr des Kindes,
 - b) allen Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6,
 - c) allen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen der Mutter, die nach der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA in Anspruch genommen werden können,
 - d) erweitertem Neugeborenen-Screening von angeborenen Stoffwechselerkrankungen, endokrinen Störungen und Immundefekten,
 - e) Neugeborenen-Screening auf Mukoviszidose,
 - f) sonographischer Untersuchung der Säuglingshüfte zur Erkennung von Hüftgelenkdysplasie und –luxation,
 - g) Neugeborenen-Hörscreening,
 - h) Neugeborenen-Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie.
- (2) Die Erfüllung der Voraussetzungen wird mit dem Impfpass, dem Kinderuntersuchungsheft, dem Mutterpass oder entsprechenden ärztlichen Bescheinigungen nachgewiesen.
- (3) Der Baby-Bonus beträgt bei Inanspruchnahme der Maßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) bis c) 30,00 Euro je Maßnahme. Für die Inanspruchnahme der unter Absatz 1 Buchstabe d) bis h) aufgeführten Maßnahmen beträgt der Bonus 5,00 Euro je Maßnahme.
- (4) Der Baby-Bonus ist bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes zu beantragen.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme am Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten nach § 31 ist möglich. § 31 Absatz 6 Satz 2 gilt.

§ 33 Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die Continentale BKK gewährt dem Arbeitgeber einen Bonus (Arbeitgeberbonus), wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung vereinbart und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§167 SGB IX) sind.
- (2) Die Continentale BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen projektgebundenen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen für die Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Bonushöhe und die Auszahlung.
- (3) Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag (Arbeitgeberanteil) betragen.

§ 34 Versichertenbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die bei der Continentale BKK versicherten Beschäftigten haben Anspruch auf einen Bonus (Arbeitnehmerbonus), wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers in den folgenden Handlungsfeldern
 - bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 - gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 - Suchtprävention im Betrieb oder
 - zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

teilnehmen.

Die Continentale BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 33 ab.

- (2) Dem Versicherten wird ein Bonus in Höhe von 10,00 Euro je Maßnahme ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Jahr die Voraussetzungen durch Vorlage einer Bescheinigung über die Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden. Es wird maximal eine Maßnahme je Handlungsfeld im Kalenderjahr bonifiziert.

H Sonstige Vorschriften

§ 35 Leistungsausschluss

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

- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Continentale BKK gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Continentale BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Continentale BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Continentale BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustands der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 36 Kooperation mit der PKV

Die Continentale BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 37 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 38 Aufsicht

Die Aufsicht über die Continentale BKK führt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 39 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 40 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Continentale BKK erfolgen im Internet unter www.continentale-bkk.de. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

§ 41 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Continentale BKK veröffentlicht die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung gemäß § 305b SGB V in einer für die Versicherten verständlichen Weise im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite der Continentale BKK unter www.continentale-bkk.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitung. Darüber hinaus liegen die Ergebnisse zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Continentale BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde in getrennten Sitzungen beschlossen vom Verwaltungsrat der „BKK HENSCHEL Plus“ am 04.12.2019 und der „Continental Betriebskrankenkasse“ am 05.12.2019.
2. Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung zum 01. Januar 2020 in Kraft.

Kassel, 04.12.2019

Hamburg, den 05.12.2019

Siegel

Siegel

Dr.-Ing. Stefan Poller
Vorsitzender des Verwaltungsrates
BKK HENSCHEL Plus

Dr. Gerhard Schmitz
Vorsitzender des Verwaltungsrates
Continental Betriebskrankenkasse

Harald Töpfer
Stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
BKK HENSCHEL Plus

Barbara Narjes
Stellv. Vorsitzende des Verwaltungsrates
Continental Betriebskrankenkasse

Anlage 1

zu § 1 der Satzung der Continentale BKK

Unternehmen nach § 1 Absatz 3:

1. Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. Continentale Lebensversicherung AG, München
3. Continentale Sachversicherung AG, Dortmund
4. * EUROPA Versicherung AG, Köln
5. Philips Medical Systems DMC GmbH, Hamburg
6. Philips GmbH, Hamburg, sowie die Betriebsstätten des Vertriebs im gesamten Bundesgebiet
7. BRENNTAG GmbH, Duisburg
8. Brenntag Holding GmbH, Essen
9. * Michelin Deutschland GmbH, Karlsruhe
10. Frachtcontor Junge & Co. Gmbh, Hamburg
11. Hotel Nassauer Hof GmbH
12. InterferStahl GmbH, Essen
13. * Inter-Union Technohandel GmbH, Landau
14. Poseidon Schifffahrt GmbH, Hamburg
15. Rhenus SE & Co.KG, Holzwickede
16. * *Rhenus Kleyling Speditions GmbH & Co. KG, Weil/Rhein*
17. * *Rhenus Mainzer GmbH, Mainz*
18. Rhenus PartnerShip GmbH & Co. KG, Duisburg
19. Schenker AG, Essen
20. Atos IT Services GmbH, Mülheim/Ruhr
21. * Deutsche Bahn AG, Berlin
22. BP Europa SE, Hamburg
23. Eduard Hueck GmbH & Co. KG, Lüdenscheid
24. HUECK Extrusion GmbH, Lüdenscheid
25. HUECK Systems GmbH & Co. KG, Lüdenscheid
26. HUECK Service GmbH & Co. KG, Lüdenscheid
27. * *DURA Automotive Body & Glass Systems GmbH*
28. * *DURA Automotive Plettenberg Leisten & Blenden GmbH*

29. * *DURA Automotive Plettenberg Werkzeugbau und Werkserhaltungs GmbH*
30. * *DURA Automotive Plettenberg Karosseriekomponenten GmbH*
31. * *DURA Automotive Plettenberg Glasmodule GmbH*
32. * *DURA Automotive Selbecke Leisten & Blenden GmbH*
33. * *DURA Automotive Plettenberg Kunststoffteile GmbH*
34. * *Novelis Deutschland GmbH, Göttingen*
35. * *Pecolit Kunststoffe GmbH & Co. KG, Plettenberg und Schifferstadt*
36. * *Pecolit Kunststoffe und Verwaltungs GmbH, Plettenberg*
37. * *Hans-Walter Pfeiffer, Familienstiftung GmbH, Plettenberg*
38. * *Ohler Eisenwerk Theob. Pfeiffer, Plettenberg*
39. – ohne Inhalt –
40. – ohne Inhalt –
41. – ohne Inhalt –
42. – ohne Inhalt –
43. – ohne Inhalt –
44. – ohne Inhalt –
45. – ohne Inhalt –
46. – ohne Inhalt –
47. – ohne Inhalt –
48. – ohne Inhalt –
49. – ohne Inhalt –
50. – ohne Inhalt –
51. – ohne Inhalt –
52. – ohne Inhalt –
53. – ohne Inhalt –
54. – ohne Inhalt –
55. – ohne Inhalt –
56. – ohne Inhalt –
57. – ohne Inhalt –

* Diese Betriebe sind erloschen bzw. geschlossen / untergegangen / verschmolzen / insolvent bzw. konnten nicht mehr zu 100 Prozent recherchiert werden.

Anlage 2

zu § 2 der Satzung der Continentale BKK

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der Continentale BKK

Die Mitglieder des Verwaltungsrates der Continentale BKK haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen. Die Erstattung von Verdienstausschlag und von Beiträgen zur Sozialversicherung richtet sich nach den jeweils geltenden Vorschriften.

I. Entschädigung für die Teilnahme an einer Sitzung des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an einer Sitzung des Verwaltungsrates der Continentale BKK (einschließlich der An- und Abreise) werden den Mitgliedern bzw. im Vertretungsfall den stellvertretenden Mitgliedern folgende Entschädigungen gewährt:

A. Erstattung der Barauslagen

(1) Tage- und Übernachtungsgeld

Tage- und Übernachtungsgelder werden nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) mit folgender Maßgabe gewährt:

1. Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden pro Kalendertag

a) mit einer Abwesenheit von 24 Stunden 24,00 Euro (volles Tagegeld)

b) bei einer eintägigen Abwesenheit mit einer Dauer von mehr als 8 Stunden
12,00 Euro

- c) bei einer mehrtägigen Abwesenheit mit Übernachtung für den An- und Abreisetag jeweils 12,00 Euro
- d) bei einer mehrtägigen Abwesenheit mit einer Dauer von mehr als 8 Stunden aber ohne Übernachtung 12,00 Euro.
- e) Wird des Amtes wegen unentgeltliche Verpflegung gestellt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 Prozent, für das Mittag- und Abendessen um je 40 Prozent des vollen Tagegeldes gekürzt. Bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane können den Gremienmitgliedern generell auf Kosten des Sozialversicherungsträgers Getränke sowie ein kleiner Imbiss kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 vom Hundert der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a EStG nicht übersteigen.

2. Übernachtungsgeld

- a) Für notwendige Übernachtungen wird ein pauschales Übernachtungsgeld entsprechend § 7 Absatz 1 BRKG von 20,00 Euro pro Nacht gezahlt.
- b) Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.
- c) Entsprechend § 7 Absatz 2 BRKG wird kein Übernachtungsgeld gezahlt
 - 1. für die Dauer der Benutzung von Beförderungsmitteln,
 - 2. bei Dienstreisen am oder zum Wohnort für die Dauer des Aufenthalts an diesem Ort,
 - 3. bei unentgeltlicher Bereitstellung einer Unterkunft des Amtes wegen, auch wenn diese Unterkunft ohne triftigen Grund nicht genutzt wird, und
 - 4. in den Fällen, in denen das Entgelt für die Unterkunft in den erstattungsfähigen Fahrt- oder sonstigen Kosten enthalten ist, es sei denn, dass eine Übernachtung aufgrund einer zu frühen Ankunft am Geschäftsort oder einer zu späten Abfahrt von diesem zusätzlich erforderlich wird.

(2) Fahrkosten

Es werden die tatsächlichen Beförderungskosten für die Hin- und Rückreise sowie Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Taxi, Parkplatz- und Garagenkosten, Gepäckbeförderung) erstattet. Die Mitglieder haben selbstverantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Kann das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen, werden Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer erstattet.

Im Einzelnen gilt:

- Bus- und Bahnreisen:
Für Busreisende werden die Kosten erstattet. Für Bahnreisende werden die Kosten für die erste/zweite Wagenklasse, Aufpreise und Zuschläge für Züge, Reservierungsentgelte sowie die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens, jedoch unter Anrechnung dieser Kosten auf das Übernachtungsgeld, erstattet.
- Flugreisen:
Bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels werden die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse erstattet.
- Reisen mit dem PKW:
Bei Benutzung des privaten PKW wird ein Kilometergeld nach § 5 Absatz 2 BRKG in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer erstattet.

B. Erstattung des Verdienstauffalls und der Sozialversicherungsbeiträge

- (1) Die Verwaltungsratsmitglieder erhalten den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge der Sozialversicherungsbeiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach der Vorschrift des SGB VI über die Beitragstragung selbst zu tragen haben (§ 41 Absatz 2 SGB IV). Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV.
- (2) Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für

jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit 1/3 des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

C. Pauschbetrag für Zeitaufwand

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrats oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Absatz 3 Satz 1 SGB IV).
- (2) Sitzungen im Sinne des Absatz 1 sind neben den regulären Verwaltungsratssitzungen, Ausschusssitzungen und Sitzungen der Verwaltungsratsvorsitzenden mit dem Vorstand insbesondere auch die seitens der Verwaltungsratsvorsitzenden einberufenen Vorbesprechungen zu den Verwaltungsratssitzungen der Versicherten- und/oder Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.
- (3) Der Pauschbetrag beträgt 70,00 Euro.

D. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag

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

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

A. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 52,00 Euro.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 39,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

B. Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen sind in Höhe der tatsächlichen Kosten zu erstatten. Bei nicht oder nur schwer nachweisbaren Kosten (z. B. Telefongespräche) genügt die Glaubhaftmachung durch Einzelaufstellung und schriftliche Erklärung.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach I. gewährt. Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach I. Buchstabe C Absatz 3.

IV. Entschädigungen für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Verwaltungsratsmitglied, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrag des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig wird, erhält Entschädigungen nach I.; der Pauschbetrag für Zeitaufwand wird nur gewährt, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrages vorliegt.

Anlage 3

zu § 31 der Satzung der Continentale BKK

Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Präambel

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

Das Bonusprogramm soll die Eigeninitiative und Eigenverantwortung bei der Gesunderhaltung der Versicherten fördern und ist ein geeignetes Instrument zur Stärkung der Patientensouveränität.

Die Continentale BKK behält sich vor, das Bonusprogramm mit Wirkung für die Zukunft zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen.

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle Versicherten der Continentale BKK. Für Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen ruhen (§ 16 SGB V), für Versicherte mit Leistungsausschluss (§ 52a SGB V) und für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich.

2. Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfolgt durch schriftliche oder elektronisch übermittelte Erklärung des Versicherten. Mit Zusendung der unterzeichneten Bonuskarte erkennt der Versicherte die Teilnahmebedingungen in der jeweils aktuellen Fassung an und erklärt damit die Teilnahme für ein Jahr am Bonusprogramm. Der Bonuszeitraum beginnt jeweils mit der ersten Inanspruchnahme einer Maßnahme nach

Ziffer 3. im laufenden Kalenderjahr und endet am 31.12. des Jahres.

Die Teilnahme endet durch mündliche, schriftliche oder elektronisch übermittelte Erklärung des Versicherten am Tag nach Eingang der Erklärung bei der Continentale BKK sowie bei Beendigung der Versicherung bei der Continentale BKK.

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

3. Bonus

3.1. Die Teilnehmer haben einen Anspruch auf einen Bonus, die

3.1.1 Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen. Dazu gehören folgende Gesundheitsmaßnahmen:

- a) Ärztliche Gesundheitsuntersuchung – Check-up**
(§ 25 Absatz 1 SGB V)
- b) Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche**
(§ 26 SGB V)
Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7 bis U11
Jugendgesundheitsuntersuchung J1 und J2
- c) Schutzimpfungen**
(§ 20i SGB V, § 16 der Satzung)
- d) Früherkennung von Krebserkrankungen**
(§§ 25 Absatz 2, 25a SGB V)
- e) Hautkrebs-Screening**
(§ 25 Absatz 2 SGB V)
- f) Mammographie-Screening**
(§ 25 Absatz 2 SGB V)

- g) Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs**
(§§ 25 Absatz 2, 25a SGB V)
- h) Früherkennung von Darmkrebs**
(§§ 25 Absatz 2, 25a SGB V)
- i) Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektion**
- j) Screening auf Aneurysmen der Bauchaorta**
- k) Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen**
(§§ 22, 22a, 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V)
- l) Professionelle Zahnreinigung**

Hinweis:

Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in ihrer jeweils gültigen Fassung.

3.1.2 regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.

Dazu gehören folgende Gesundheitsmaßnahmen:

- a) Gesundheitskurse zur verhaltensbezogenen Prävention oder vergleichbare Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens**
 - Gesundheitskurse zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung oder Gewichtsreduktion, Stressreduktion oder Entspannung, Genuss- und Suchtmittelkonsum; zweimal jährlich

- Baby-Schwimmkurs und Eltern-Kind-Turnen, sofern diese nicht im Rahmen einer aktiven Vereinsmitgliedschaft in Anspruch genommen werden; einmal jährlich
- Rückbildungsgymnastik
- Bewegungsangebote im Sportverein, qualitätsgesichertem Fitnessstudio oder im Betriebs-/Hochschulsport (gilt nicht für betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V); einmal jährlich
- Regelmäßiger Sport (Unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgreicher Gemeinschaftssport, sofern eine Vorbereitung erfolgt. Nachzuweisen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder einer Urkunde, wie z. B. organisierte Volksläufe, Radtouren, Wanderungen, qualifizierte Lauftreffs. Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.); einmal jährlich

b) Weitere Maßnahmen nur in Verbindung mit Maßnahmen nach Ziffer 3.1.2 Buchstabe a)

- Sportabzeichen – DOSB, DLRG; einmal jährlich
- Blutzucker, Blutdruck oder Cholesterin im Normalbereich
- Body-Mass-Index (BMI) ist altersgerecht
- Nichtraucher seit mindestens sechs Monaten

3.2 Der Teilnehmer entscheidet sich für eines der beiden folgenden Bonusmodelle:

a) Geldbonus

Für die unter der Ziffer 3.1.1 und der Ziffer 3.1.2 aufgeführten Gesundheitsmaßnahmen erhalten die Teilnehmer für jede dieser Gesundheitsmaßnahmen im Bonuszeitraum einen Geldbonus in Höhe von 10,00 Euro.

b) Gesundheitszuschuss

Für die unter der Ziffer 3.1.1 und Ziffer 3.1.2 aufgeführten Gesundheitsmaßnahmen erhalten die Teilnehmer für jede dieser Gesundheitsmaßnahme im Bonuszeitraum einen Gesundheitszuschuss von 20,00 Euro.

Der Gesundheitszuschuss wird dem Teilnehmer ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen aus dem unter Ziffer 4. aufgeführten Katalog über zuschussfähige Leistungen gezahlt. Dies gilt nicht für Leistungen, die vor Beginn der Teilnahme an diesem Bonusprogramm in Anspruch genommen wurden. Der Anspruch auf den Gesundheitszuschuss entsteht erst nach Vorlage entsprechender Nachweise. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Höhe des Gesundheitszuschusses werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

4. Katalog über zuschussfähige Leistungen

Für die Kosten der nachfolgend aufgeführten zuschussfähigen Leistungen erhalten Versicherte, die am Bonusprogramm teilnehmen, den Gesundheitszuschuss nach Ziffer 3.2 Buchstabe b).

Ausgenommen sind gesetzliche Zuzahlungen und Leistungen, die bei Teilnehmern des Bonusprogramms als Gesundheits- / Vorsorgemaßnahmen für einen Gesundheitsbonus berücksichtigt wurden. Ist die Continentale BKK bereits aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig oder der anderweitige Leistungsanspruch ist noch nicht ausgeschöpft, wird für diese Leistung keine Geldleistung gezahlt bzw. kein Zuschuss gewährt.

Der Bonus wird ausschließlich zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen gewährt. Versicherte können ihn für die folgenden zuschussfähigen Leistungen einsetzen:

Gesundheitsvorsorge und Früherkennung

- Gesundheitskurse
- Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- Sehtest

Fitness

- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Mitgliedschaft im Sportverein / Fitnessstudio
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sport- und Fitnesskurse (auch Online)
- Sportveranstaltungen (Start- / Teilnahmegebühren)

Private Versicherungen

- Zusatzkrankenversicherung
- Pflegezusatzversicherung
- Unfallversicherung
- Auslandskrankenversicherung

Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft

- Geburtsvorbereitungskurs für Partner
- Geburtsvorbereitende Akupunktur
- zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft

Sonstiges

- Daten- und Dokumentationsservice für medizinische Notfälle

5. Nachweis der Maßnahmen und Verfahren

Die Teilnehmer weisen die Inanspruchnahme der Gesundheitsmaßnahmen in der von der Continental BKK zur Verfügung gestellten Bonuskarte nach. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung des Arztes, Zahnarztes, Leistungserbringers oder des durchführenden Anbieters in der Bonuskarte bzw. in Form einer separaten Bescheinigung.

Nach Einsendung der Bonuskarte bzw. der entsprechenden Unterlagen erfolgt die Prüfung der eingereichten Gesundheitsmaßnahmen. Für die Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des geltenden Bonuszeitraumes kann kein Bonus erworben werden. Auch können Gesundheitsmaßnahmen, die außerhalb der

bei der Continental BKK bestehenden Versicherung durchgeführt wurden, nicht im Bonusprogramm der Continental BKK angerechnet werden.

Die Höhe des Bonus steht nach Abschluss der Prüfung durch die Continental BKK fest. Der Anspruch auf den Bonus richtet sich nach den zu Beginn des jeweiligen Bonuszeitraums geltenden Bedingungen. Bei Verlust, Diebstahl oder sonstigem Verlust der Bonuskarte kann der Anspruch auf den Bonus nur gewährt werden, wenn die Durchführung der Maßnahmen auf andere Weise nachgewiesen wird. Kosten für Nachweise oder die Ausstellung einer Teilnahmebestätigung werden von der Continental BKK nicht übernommen.

6. Verfall des Bonusanspruchs

Der Bonus verfällt bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm.