

# Satzung

## der Betriebskrankenkasse der SIEMAG

vom 01.01.2011

mit den Nachträgen Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 und 17

**SIEMAG BKK**  
Hilnhütter Str. 89  
57271 Hilchenbach



## Übersicht zur Satzung

Artikel I	.....	3
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse .....	3
§ 2	Verwaltungsrat .....	5
§ 3	Vorstand .....	7
§ 4	Widerspruchsausschuss .....	8
§ 5	Kreis der versicherten Personen .....	9
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft .....	12
§ 7	Aufbringung der Mittel .....	13
§ 8	Bemessung der Beiträge .....	13
§ 8a	wurde mit dem Nachtrag Nr. 5 gestrichen .....	
§ 8b	Wahltarif Prämienzahlung .....	13
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz .....	15
§ 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz .....	15
§ 10	Fälligkeit der Beiträge .....	15
§ 11	Höhe der Rücklage .....	16
§ 12	Leistungen .....	17
§ 12a	Primärprävention .....	20
§ 12b	Schutzimpfungen .....	21
§ 12c	Leistungsausschluss .....	21
§ 12d	Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V .....	22
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen .....	25
§ 13a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung .....	26
§ 13b	Wahltarif besondere Versorgung .....	26
§ 13c	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme .....	27
§ 14	Bonus für Erwachsene .....	27
§ 14a	Bonus für Mutter & Kind .....	29
§ 14b	Bonus für Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahre .....	30
§ 15	Wahltarif Krankengeld .....	31
§ 16	Kooperation mit der PKV .....	37
§ 17	Aufsicht .....	37
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband .....	37
§ 19	Bekanntmachungen .....	37
§ 20	Veröffentlichung der Rechnungslegung .....	37
Artikel II	.....	39
Anlage zu § 2 der Satzung der Betriebskrankenkasse der SIEMAG	.....	40
I	Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates .....	40
II	Besondere Entschädigung für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates .....	41
III	Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen .....	42

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

#### § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse<sup>1</sup>

I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Betriebskrankenkasse der SIEMAG sowie die Kurzbezeichnung SIEMAG BKK.

Sie ist errichtet worden am 01.01.2008.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hilchenbach.

Die Betriebskrankenkasse der SIEMAG ist durch die Vereinigung der Betriebskrankenkasse der SIEMAG, errichtet am 01.07.1858, und der Betriebskrankenkasse der Waldrich Siegen Werkzeugmaschinen GmbH, errichtet am 12.06.1924, entstanden.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebsstätten folgender Firmen:

1. SMS Siemag AG, Düsseldorf in

1. Düsseldorf
2. Hilchenbach
3. Jünkerath
4. Hilden

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

3. SMS GmbH, Düsseldorf in

1. Düsseldorf
2. Hilchenbach

4. WALDRICH SIEGEN Werkzeugmaschinen GmbH, Burbach

5. WALDRICH Maschinen und Werkzeuge GmbH, Burbach

6. INGERSOLL Werkzeuge GmbH, Haiger in

1. Haiger
2. Vaihingen-Horrheim

---

<sup>1</sup> Artikel I § 1 Nr. 9 wurde mit Nachtrag Nr. 7 angepasst.

7. OPS-INGERSOLL Funkenerosion GmbH, Burbach
8. WALDRICH GmbH & Co. KG, Burbach
9. HerkulesGroup Services GmbH, Burbach
10. Gontermann-Peipers GmbH, Siegen
11. Battenfeld GmbH, Troisdorf
12. Rexnord Kette GmbH, Betzdorf
13. SMS Logistiksysteme GmbH, Netphen
14. PSi Printer Systems international GmbH, Siegen
15. KWP Informationssysteme GmbH, Landshut in
  1. Landshut
  2. Chemnitz
16. SRZ Software und Beratungs GmbH, Siegen
17. SIEMAG Rechenzentrum GmbH, Netphen
18. Inter Data Systems GmbH, Maintal

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

Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen.

## § 2 Verwaltungsrat

- I
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

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

- II
- Der Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse der SIEMAG hat 12 Mitglieder. Er besteht aus je 6 Versicherten- und Arbeitgebervertretern.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Satzungsänderungen ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

## § 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

## § 4 Widerspruchsausschuss

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

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

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

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3a und § 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Sie müssen verschiedenen Gruppen angehören.

Der Vorsitz des Widerspruchsausschuss 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 beratend teil.

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

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

III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.



## § 5 Kreis der versicherten Personen

### I Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
  - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten<sup>1</sup> beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen

---

<sup>1</sup> Artikel I § 5 Abs. I Nr. 7 wurde mit Nachtrag Nr. 10 angepasst.

Beschäftigten in gleicher Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenantrages nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrages in das Inland verlegt haben,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
  - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
  - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

## II Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereiches bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

## III Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

#### IV Familienversicherte

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

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft<sup>1</sup>

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

---

<sup>1</sup> Artikel I § 6 Abs. II wurde mit Nachtrag Nr. 7 angepasst.

- IV Wenn ein Wahltarif nach §§ 8b oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8b Absatz VI oder 15 Absätze XV und XVI, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

## § 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und sonstige Einnahmen aufgebracht.

## § 8 Bemessung der Beiträge

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

## § 8b Wahltarif Prämienzahlung

- I Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum 30.09. des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention (§§ 20 bis 20i<sup>1</sup> SGB V),
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),

---

<sup>1</sup> Artikel I § 8b Abs. II wurde mit Nachtrag Nr. 10 angepasst.

- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.

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.

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt

- im 1. Jahr = 50 v. H.,
- im 2. Jahr = 75 v. H. und
- im 3. Jahr = 100 v. H.

von 1/12 des für das Jahr<sup>1</sup> an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages und umfasst auch die nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.

IV Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. 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 Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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.

---

<sup>1</sup> Artikel I § 8b Abs. III wurde mit Nachtrag Nr. 10 angepasst.

## § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag<sup>1 2 3</sup>

Die Betriebskrankenkasse erhebt von Ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes beträgt 1,4 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## § 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III 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.

## § 10 Fälligkeit der Beiträge<sup>4</sup>

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Ent-

---

<sup>1</sup> Artikel I § 9 wurde mit dem Nachtrag Nr. 7 angepasst.

<sup>2</sup> Artikel I § 9 wurde mit dem Nachtrag Nr. 8 angepasst.

<sup>3</sup> Artikel I § 9 wurde mit dem Nachtrag Nr. 11 angepasst.

<sup>4</sup> Artikel I § 10 Abs. II wurde mit dem Nachtrag Nr. 7 angepasst.

geltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).<sup>1</sup>
- IV Das Mitglied kann wählen, ob es den kassenseitigen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V für den Kalendermonat, das Kalendervierteljahr, das Kalenderhalbjahr oder das Kalenderjahr im Voraus zahlt. Bei monatlicher Zahlung wird der Zusatzbeitrag spätestens am 5. des Monats fällig, für den er bestimmt ist. Bei anderer Zahlweise wird der Zusatzbeitrag spätestens am 5. des ersten Monats des Kalendervierteljahres, des Kalenderhalbjahres oder des Kalenderjahres fällig. Erfolgt die Beitragszahlung nach Satz 3 durch Abbuchung (Einzugsermächtigung), ist der Zusatzbeitrag abzüglich eines Skontobetrages zu zahlen. Der Skontosatz beträgt bei einem kalendervierteljährlichen Zahlungsmodus 1 %, bei einem kalenderhalbjährlichen Zahlungsmodus 2 % und bei einem kalenderjährlichen Zahlungsmodus 3 %.
- IVa Ist ein Mitglied der Betriebskrankenkasse mit der teilweisen Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so ist ein Verspätungszuschlag zu zahlen. Der Verspätungszuschlag beträgt mindestens 20 EUR, jedoch höchstens die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge.

Für Mitglieder, die zur Zahlung eines Zusatzbeitrags gemäß § 9 Absatz III verpflichtet sind, gilt dieser Differenzbetrag als Monatsbeitrag im vorgenannten Sinne.

## § 11 Höhe der Rücklage<sup>2</sup>

Die Rücklage beträgt 60 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

---

<sup>1</sup> Artikel I § 10 Abs. III wurde mit dem Nachtrag Nr. 9 angepasst.

<sup>2</sup> Artikel I § 11 wurde mit dem Nachtrag Nr. 15 angepasst.



## § 12 Leistungen

### I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten<sup>1</sup>
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

### II Häusliche Krankenpflege

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

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

### III Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe,
  - wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen je Krankheitsfall gewährt,

---

<sup>1</sup> Artikel I § 12 Abs. I wurde mit Nachtrag Nr. 10 angepasst.

- wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen je Krankheitsfall gewährt.
- 2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
- 3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

#### IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

#### V Kostenerstattung

- 1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- 2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
- 3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Die Erstattung erfolgt regelhaft nach einem vereinfachten Verfahren in Höhe von 25 % der ausgewiesenen Rechnungslegung, auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.<sup>1</sup>
6. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
8. 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- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

9. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem

---

<sup>1</sup> Artikel I § 12 Abs. V Nr. 5 wurde mit Nachtrag Nr. 10 eingefügt.

allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

#### VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Absatz V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

#### VII Persönliche elektronische Gesundheitsakte<sup>1</sup>

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die 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 Kooperationsvertrages mit der BKK für die Versicherten tätig wird.
3. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK.
4. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

### § 12a Primärprävention<sup>2</sup>

Insbesondere als Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.06.2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Präven-

---

<sup>1</sup> Artikel I § 12 Abs. VII wurde mit dem Nachtrag Nr. 17 eingefügt.

<sup>2</sup> Artikel I § 12a wurde mit dem Nachtrag Nr. 10 angepasst.

tion sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 150,00 EUR je Maßnahme gewährt.

## § 12b Schutzimpfungen<sup>1</sup>

Die Betriebskrankenkasse gewährt zur Verhütung von Krankheiten über § 20i Absatz 1 SGB V hinausgehende Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nr. 9 IfSG gegen übertragbare Krankheiten, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber). Gleiches gilt für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen sind. Für diese Schutzimpfungen übernimmt die Betriebskrankenkasse 100 % der Kosten, höchstens jedoch die Kosten, die bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wären.

---

<sup>1</sup> Artikel I § 12b wurde mit dem Nachtrag Nr. 9 angepasst.

## § 12c Leistungsausschluss

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

## § 12d Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

Die BKK gewährt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

### I Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopatische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

### II Zahnärztliche Behandlung

1. Versicherte können zusätzlich zu ihren in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüchen eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, soweit die Leistung von einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt durchgeführt oder veranlasst wurde. Die BKK übernimmt nach Vorlage der Rechnungsoriginale 80 v.H. der Kosten, maximal aber je Versichertem und Kalenderjahr 50 EUR.
2. Die BKK übernimmt 80 v. H. der Kosten der Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Zähnen nach Vorlage der Rechnungsoriginale, maximal aber 100 EUR je Versichertem und Kalenderjahr.
3. Die BKK übernimmt 80 v. H. der Kosten der Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 15,14,24,25,34,35,44,45) im bleibenden Gebiss nach Vorlage der Rechnungsoriginale, maximal aber 50 EUR je Versichertem und Kalenderjahr.

### III Nicht zugelassene Leistungserbringer

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Chefärzten/Leitenden Ärzten wählen. Voraussetzung ist, dass die ambulante Behandlung im Nachgang einer stationären Behandlung durch den selben Chefarzt/Leitenden Arzt erfolgt. § 12 Absatz 5 Nr. 4 bis 6 gelten entsprechend.
2. Versicherte können auf Antrag ambulante psychotherapeutische Behandlungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und ein wohnortnaher Leistungserbringer im Sinne des 4. Kapitels des SGB V keinen Therapieplatz in einem zumutbaren Zeitraum

zur Verfügung stellen kann. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügt und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen kann. Der Leistungsumfang der ambulanten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich aus den Psychotherapie-Richtlinien. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des 2,3fachen Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

3. Die BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind, dass
  - a) eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vorliegt und diese von einem Arzt bescheinigt wird,
  - b) der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet,
  - c) die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist,
  - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
  - e) die BKK der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt hat.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen. Mit der Zustimmung nach Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

#### IV Hebammenrufbereitschaft und Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft

1. Folgende Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft werden der Versicherten auf Antrag nach der Entbindung mit bis zu 100 EUR je Schwangerschaft bezuschusst:
  - zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3D- oder Farbdoppler-Ultraschall
  - Toxoplasmose-Screening
  - Triple-Test
  - Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken
  - Zytomegalie-Test
  - Ersttrimester-Screening

Voraussetzung ist, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist und das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK versichert ist.



2. Versicherte schwangere Frauen haben innerhalb der 38. Bis 42. Schwangerschaftswoche<sup>1</sup> Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach dem Hebammengesetz i. V. m. der Hebammen-Vergütungsvereinbarung oder von Hebammen nach § 134a Abs. 2 SGB V, die die Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V erfüllen. Die BKK erstattet nach Vorlage der Originalrechnung 80 % des Rechnungsbetrages, maximal 250 EUR je Schwangerschaft. Voraussetzung ist, dass das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK versichert ist.

#### V Besondere Leistungen für Kinder

Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr haben zweimal jährlich Anspruch auf Versorgung mit einem Neurodermitis-Overall, soweit dieser ärztlich verordnet ist.

#### VI Künstliche Befruchtung

1. Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung entsprechend der Regelung nach § 27a SGB V haben, erhalten neben den gesetzlich vorgeschriebenen 50 v.H. der Behandlungskosten weitere 25 v.H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen.
2. Voraussetzung ist, dass für beide Ehegatten eine ungekündigte Versicherung bei der BKK besteht.

#### VII Partner-Geburtsvorbereitungskurse

1. Die BKK erstattet werdenden Vätern die Kosten für die Teilnahme an einem Partner-Geburtsvorbereitungskurs, sofern der Kurs von einer Hebamme durchgeführt wird, die nach § 134a Abs. 2 SGB V zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 S. 2 SGB V berechtigt ist. Die BKK erstattet nach Vorlage der Originalrechnung und einer Teilnahmebestätigung der Hebamme 80 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal 50 EUR.
2. Voraussetzung ist, dass für die werdenden Eltern zum Zeitpunkt der Teilnahme und der Antragstellung eine ungekündigte Versicherung bei der BKK besteht.

#### VIII Sportmedizinische Untersuchung und Beratung<sup>2</sup>

1. Versicherte haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese dazu geeignet ist, orthopädische oder kardiale Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen

---

<sup>1</sup> Artikel I § 12d Absatz IV Nr. 2 wurde mit dem Nachtrag Nr. 10 geändert

<sup>2</sup> Artikel I § 12d Absatz VIII wurde mit dem Nachtrag Nr. 5 in die Satzung aufgenommen.

Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

2. Die BKK erstattet 80 v. H. des Rechnungsbetrages, maximal aber 50 EUR je Behandlung nach Ziffer 1 Satz 1 oder 100 EUR je Behandlung nach Ziffer 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifischen Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.

## § § 12 e Flash Glukose Messsystem<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> Artikel I § 12e wurde mit dem Nachtrag Nr. 16 eingefügt.

## § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen<sup>1</sup>

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

## § 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> Artikel I § 13 wurde mit dem Nachtrag Nr. 10 geändert.

<sup>2</sup> Artikel I § 13a wurde mit dem Nachtrag Nr. 9 angepasst.

## § 13b Wahltarif besondere Versorgung<sup>1</sup>

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

## § 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
  1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
  2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
  3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
  4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
  5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
  6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regi-

---

<sup>1</sup> Artikel I § 13b wurde mit dem Nachtrag Nr. 9 angepasst

onen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

## § 14 Bonus für Erwachsene<sup>1 2</sup>

I Versicherte ab einem Alter von 19 Jahren, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 - 3 vollständig und aus den Punkten 4 - 8 mindestens 3 Punkte innerhalb eines Jahres nachweisen:

1. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 SGB V in Anspruch.
2. Mitversicherte Kinder im Alter von 1 bis 14 Jahre, die im Haushalt des Versicherten leben, nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen sowie die nach § 22 SGB V vorgesehenen individualprophylaktischen Untersuchungen beim Zahnarzt für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch. Die Bonifizierung der nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ist in § 14a geregelt.
3. Der Versicherte nimmt jährlich an einer prophylaktischen Untersuchung beim Zahnarzt nach § 22 SGB V teil.
4. Der Versicherte nimmt mindestens alle zwei Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch.
5. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt im Normbereich.
6. Der Versicherte absolviert im Kalenderjahr der Bonusgewährung das deutsche Sportabzeichen.
7. Der Versicherte nimmt eine oder mehrere von der BKK nach § 20i SGB V in Verbindung mit § 12b dieser Satzung gewährten Schutzimpfungen in Anspruch oder weist einen vollständigen Impfschutz nach den Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) nach.
8. Der Versicherte ist aktives Mitglied eines Sportvereins für Bewegungssportarten, eines qualitätsgesicherten Fitness-Studios oder einer Betriebssportgruppe und trainiert dort regelmäßig oder nimmt regelmäßig an einem qualitätsgesicherten Laufftreff des DLV teil.

II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert.

---

<sup>1</sup> Artikel I § 14 wurde mit dem Nachtrag Nr. 5 angepasst.

<sup>2</sup> Artikel I § 14 wurde mit dem Nachtrag Nr. 9 angepasst.

Versicherte, die ihren Bonusanspruch bis zum 31.03. des Folgejahres nachweisen, erhalten einen einmaligen Geldbonus in Höhe von 75,00 EUR.

- III Teilnehmer des Bonusprogramms, deren Versichertenverhältnis bei der BKK bei Einreichen des Bonusheftes beendet ist, haben keinen Anspruch auf die Auszahlung einer Prämie..

## § 14a Bonus für Mutter & Kind<sup>1</sup>

- I Mitglieder haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie ihr neugeborenes Kind ab der Geburt bei der BKK versichern und die folgenden Voraussetzungen vollständig nachweisen:
1. Vollständige Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Feststellung der Schwangerschaft entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 2).
  2. Vollständige Inanspruchnahme der regelmäßigen ärztlichen gynäkologischen Kontrolluntersuchungen bzw. der Kontrolluntersuchungen durch eine zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Hebamme entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 4).
  3. Durchführung von drei Ultraschall-Screenings entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 5).
  4. Durchführung eines Glukosebelastungstests im Rahmen eines Screenings im Zeitraum zwischen der 24. + 0 und der 27. + 6 Schwangerschaftswoche entsprechend der Mutterschaftsrichtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 8).
  5. Das mitversicherte Kind nimmt die vorgesehene Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U4 vollständig in Anspruch.
  6. Die Mutter nimmt an einem Kurs Rückbildungsgymnastik bei einer Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V nach dem Hebammengesetz i. V. m. der Hebammenvergütungsvereinbarung oder bei einer Hebamme, die die Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V erfüllt, teil.
- II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird mit dem Mutterpass und dem Kinderuntersuchungsheft nachgewiesen.
- Der Bonus für die Vorsorge bei Mutter & Kind ist bis zur Vollendung des 9. Lebensmonats des Kindes zu beantragen. Er beträgt 100,00 EUR. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich der Geldbonus um jeweils 50,00 EUR je Kind.
- III Mitglieder, deren Versicherungsverhältnis bei der BKK bei Beantragung des Geldbonus beendet ist, haben keinen Anspruch auf Auszahlung einer Prämie.
- IV Der Bonus kann je Kind nur einmalig gewährt werden.

---

<sup>1</sup> Der ehemalige Artikel I § 14a wurde mit dem Nachtrag Nr. 5 gestrichen und durch den „Bonus für Mutter & Kind“ ersetzt.

## § 14b Bonus für Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahre<sup>1</sup>

- I Versicherte im Alter von 15 bis 18 Jahre, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie die nachfolgenden Punkte innerhalb eines Jahres vollständig nachweisen:
1. Der Versicherte im Alter von 15 bis 17 Jahre nimmt einmal im Kalenderhalbjahr an der Prophylaxe-Untersuchung beim Zahnarzt gem. § 22 Abs. 1 SGB V teil. Ist der Versicherte bereits 18 Jahre alt, nimmt er einmal jährlich die Prophylaxe-Untersuchung beim Zahnarzt gem. § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in Anspruch.
  2. Der Versicherte weist einen vollständigen Impfschutz nach den Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) nach.
  3. Der Versicherte ist aktives Mitglied eines Sportvereins für Bewegungssportarten, eines qualitätsgesicherten Fitness-Studios oder einer Betriebssportgruppe und trainiert dort regelmäßig oder nimmt regelmäßig an einem qualitätsgesicherten Laufftreff des DLV teil.
  4. Der Versicherte ist seit mindestens sechs Monaten Nichtraucher.
  5. Der Body-Mass-Index des Versicherten liegt im Normbereich.
- II Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert.
- Versicherte, die ihren Bonusanspruch bis zum 31.03. des Folgejahres nachweisen, erhalten einen einmaligen Geldbonus in Höhe von 50,00 EUR.
- III Teilnehmer des Bonusprogramms, deren Versicherungsverhältnis bei der BKK bei Einreichen des Bonusheftes beendet ist, haben keinen Anspruch auf die Auszahlung einer Prämie.
- IV Für die Teilnahme am Bonusprogramm ist das Alter des Versicherten am 30.06. des jeweiligen Teilnahmejahres maßgebend.

---

<sup>1</sup> Artikel I § 14b wurde mit dem Nachtrag Nr. 5 in die Satzung aufgenommen.

## § 15 Wahltarife Krankengeld

### Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

### Anspruch

- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V) oder einer Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz 4 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse 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 (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S43),
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K15)

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld, soweit nachfolgend keine anderslautenden Ansprüche geregelt werden. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Für Mitglieder nach

- § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Absatz 2 SGB V i.V.m. der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie



- § 46 Satz 3 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2008 von der Regelung des § 46 Sätze 3 bis 5 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2008 Gebrauch gemacht haben,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. Januar 2009 gewählt wird. Für vor dem 31. Dezember 2008 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

- IV Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- VI Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 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 XV oder XVI,
  - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
  - mit dem Erreichen der Regelaltersrente.
  - Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

## Höhe

- VII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.000,00 € 30,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S43-30),
  2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.000,00 € 50,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S43-50),
  3. bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich mehr als 3.000,00 € 70,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S43-70),

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

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

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

## Zahlung

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

### Dauer

- X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 39 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 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 der 39. Woche. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens 6 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 XVII oder XVIII unbeachtlich.
- XI Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

### Ruhen

- XII 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 ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens zwei Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XIII Die §§ 16 Absatz 1-3 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 §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

### Wahl/Beginn/Laufzeit

- XIV Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist 01. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Absatz 3 Satz 3 SGB V – mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse 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.

#### Für Mitglieder nach

- § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Absatz 2 SGB V i.V.m. der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie
- § 46 Satz 3 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2008 von der Regelung des § 46 Sätze 3-5 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2008 Gebrauch gemacht haben,
- beginnt der Tarif am 1. Januar 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.01.2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 31. Dezember 2008 gestellt.
- Nach Vollendung des 65. Lebensjahres können Mitglieder den Tarif nur wählen, wenn unmittelbar vor Beginn des Tarifs schon eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.
- Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

#### Kündigung

- XV Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens zwei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XVI 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 v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

#### Wechsel

- XVII Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz XVIII – 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 Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse 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 III von sechs Kalen-

dermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XVIII werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

- XVIII Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz VIII die in Absatz VII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XVII besteht in diesen Fällen nicht.

#### Prämien

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

Tarif	Beitrag
S43_30	42,60 €
S43_50	71,00 €
S43_70	99,40 €
K15	228,60 €

Die Prämien werden entsprechend dem steigenden Lebensalter jährlich neu kalkuliert.

- XX Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVII oder XVIII 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. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z.B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.

- XXI Die Prämie wird jeweils im voraus fällig, spätestens 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 Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

- XXII Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Absatz 2 VwVG erhoben.

## § 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## § 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

## § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

## § 19 Bekanntmachungen<sup>1</sup>

I „Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter [www.siemagbkk.de](http://www.siemagbkk.de) sowie nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse in Hilchenbach.

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.“

II Die „öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in den Räumen der SIEMAG BKK in Hilchenbach. Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt zwei Wochen. Auf der Anordnung sind der Tag des Anheftens, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

## § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnung<sup>2</sup>

Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung

---

<sup>1</sup> Artikel I § 19 wurde mit dem Nachtrag Nr. 14 angepasst.

<sup>2</sup> Artikel I § 20 wurde mit dem Nachtrag Nr. 5 in die Satzung aufgenommen.

in einer für den Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitung veröffentlicht und liegen zu Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus.

Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 24.05.2011 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2011 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.01.2008 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

3. Die Regelung des § 2 Absätze II und VII treten mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. Sie finden erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung. § 2 Absätze IIa und VIIa treten mit Beginn der 11. Wahlperiode außer Kraft. Die Regelung des § 4 Absatz II Nr. 1 tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. § 4 Absatz II Nr. 1a tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode außer Kraft.

Hilchenbach, den 24.05.2011

---

Andreas Weber  
Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der BKK der SIEMAG

---

Hartmut Weiß  
stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der BKK der SIEMAG



## Anlage zu § 2 der Satzung der Betriebskrankenkasse der SIEMAG

### Entschädigungsregelung für die Organmitglieder

#### I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 Absatz 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- oder Touristenklasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 31,00 EUR.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies 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 Verwaltungsrats**

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 36,00 EUR.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 27,00 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

### III Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

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