

BKK
VerbundPlus



Satzung
der
Betriebskrankenkasse
VerbundPlus

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**
- § 2 Verwaltungsrat**
- § 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen**
- § 2b Modellprojekt nach § 194 a SGB V zur Online-Sozialwahl**
- § 3 Vorstand**
- § 4 Widerspruchsausschüsse**
- § 5 Kreis der versicherten Personen**
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft**
- § 7 Aufbringung der Mittel**
- § 7a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**
- § 8 Bemessung der Beiträge**
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**
- § 10 Fälligkeit der Beiträge**
- § 11 Höhe der Rücklage**
- § 11a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen**
- § 12 Leistungen**
 - § 12a Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V)**
 - § 12b Schutzimpfungen**
 - § 12c Leistungsausschluss**
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)**
 - § 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung**
 - § 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**
 - § 13c Wahltarif besondere Versorgung**
 - § 13d Wahltarif Selbstbehalt**
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**
 - § 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe (§ 65a SGB V)**
 - § 14b Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V**
- § 15 Wahltarife Krankengeld**
- § 16 Zusätzliche Leistungen**

- § 16a Künstliche Befruchtung**
- § 16b Zahnärztliche Behandlung**
- § 16c Osteopathie**
- § 16d Hebammenleistungen**
- § 16e Schwangerschaftsleistungen (§ 23 SGB V)**
- § 16f Mehrleistungen für Flash-Glucose-Messsystem**
- § 17 Kooperation mit der PKV**
- § 18 Aufsicht**
- § 19 Mitgliedschaft zum Landesverband**
- § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse**
- § 21 Bekanntmachungen**

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Entschädigungsregelung (Anlage zu § 2 der Satzung)

Onkologische Erkrankungen im Sinne des § 12 Abs.6 Nr. 2a der Satzung (Anlage zu § 12 Abs. 6 Nr. 2a der Satzung)

Orthopädische Erkrankungen im Sinne des § 12 Abs.6 Nr. 2b der Satzung (Anlage zu § 12 Abs. 6 Nr. 2b der Satzung)

Bezuschussungsfähige Vorsorge- und Gesundheitsleistungen (Anlage zu § 14 der Satzung)

Wahltarife Krankengeld (Anlage zu § 15 der Satzung)

Abkürzungen

AAG Aufwendungsausgleichsgesetz

BSHG Bundessozialhilfegesetz

KHG Krankenhausfinanzierungsgesetz

KSVG Künstlersozialversicherungsgesetz

NOG 1. bzw. 2 GKV-Neuordnungsgesetz

OWiG Gesetz über Ordnungswidrigkeiten

RVO Reichsversicherungsordnung

SGB Sozialgesetzbuch

SVHV Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung

SVRV Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V) und führt den Namen BKK VerbundPlus.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 80333 München, Karolinenplatz 5

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der

- **Netze BW GmbH** mit
 - Regionalzentrum Stuttgart in Stuttgart,
 - Region Heuberg-Bodensee in Tuttlingen
 - Region Baden/Franken in Ettlingen
 - Region Oberschwaben in Biberach
 - Region Oberschwaben in Ravensburg
 - Region Schwarzwald-Neckar in Ludwigsburg
- **Transnet BW GmbH**, Stuttgart in Stuttgart und Wendlingen
- **EnergieDienst Holding AG**, CH-Laufenburg
- **Liebherr-Verzahntechnik GmbH** Werk Ettlingen
- **Feintool System Parts Ettlingen GmbH**, Ettlingen
- **Global Safety Textiles GmbH**, Säckingen mit dem Zweigbetrieb in Murg
- **BBBank eG**, Karlsruhe mit ihren Zweigstellen und Zweigniederlassungen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Rheinland, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Sachsen
- **SCHWENK Zement KG** mit den Sitzorten Allmendingen (Baden-Württ.), Bernburg (Sachsen-Anhalt), Karlstadt (Bayern), Mergelstetten (Baden-Württ.) und Ulm (Baden-Württ.)
- **SCHWENK Dämmtechnik GmbH & Co. KG** mit den Sitzorten Allmendingen, Biedenkopf (Hessen), Celle (Niedersachsen), Glöthe (Sachsen-A.), Landsberg (Bayern), Dillingen (Bayern) und Wyhl (Baden-Württ.)
- **SCHWENK Betontechnik GmbH & Co. KG** mit den Sitzorten Elchingen/ Thalfragen (Bayern), Glöthe (Sachsen-A.), Lingenfeld (Rheinland-Pfalz), Münchweiler (Rheinland-Pfalz), Speyer (Rheinland-Pfalz), Eggenstein (Baden-Württ.), Wyhl (Baden-Württ.)

- **SCHWENK Putztechnik GmbH & Co. KG** mit den Sitzorten Allmendingen (Baden-Württ.), Bernburg (Sachsen-A.), Eggenstein (Baden-Württ.), Eigeltingen (Baden-Württ.), Nürnberg (Bayern), Schreiersgrün (Sachsen), Wittislingen (Bayern) und Ulm
- **ENSO Energie Sachsen Ost AG**, Dresden
- **DREWAG – Stadtwerke Dresden GmbH**, Dresden
- **Energieversorgung Pirna GmbH**, Pirna
- **Stadtwerke Zittau GmbH**, Zittau
- **Energie- und Wasserwerke Bautzen GmbH**, Bautzen
- **Stadtwerke Elbtal GmbH**, Radebeul
- **DGIS Service GmbH**, Radeberg
- **SBS Metalltechnik GmbH**, Dresden
- **Bartz-Werke Gießerei Dresden GmbH**, Dresden
- **Stahl- und Drahtwerk Röslau GmbH**, Röslau
- **Telegate AG**, Planegg-Martinsried, Güstrow, Neubrandenburg, Rostock
- **ADAC e.V.**, München mit allen Niederlassungen und Filialen im gesamten Bundesgebiet

Die Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

(1)

1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3 a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres (§ 62 Abs. 3 SGB IV).

- (2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören bis zum Ablauf der 11. Wahlperiode als Mitglieder 15 Versichertenvertreter und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Mit Beginn der 12.

Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat 10 Versichertenvertreter und 10 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

(3) 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 (§ 33 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),
2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. den Vorstand zu überwachen,
8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§197 Abs.1 Nr.5 SGB V),
10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 171a Abs.1 Satz 1 SGB V bzw. § 150 Abs.1 Satz 1 SGB V),
11. über die Schließung einer Geschäftsstelle zu beschließen.

§ 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen

Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste / Vertrauenspersonen gewählt.

Die Versichertenältesten / Vertrauenspersonen haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten und Betrieben herzustellen, diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehören insbesondere die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten und Unternehmen sowie die Unterstützung der Versicherten bei Leistungsanträgen.

Die Versichertenältesten / Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Entschädigung der Versichertenältesten / Vertrauenspersonen richtet sich nach folgenden Sätzen:

Monatspauschale für Zeitaufwand: 39 Euro

§ 2b Modellprojekt nach § 194 a SGB V zur Online-Sozialwahl

Die BKK VerbundPlus nimmt am Modellprojekt nach § 194 a SGB V zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an (§ 35 a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s 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 zu gewähren.
- (4) das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs.2 Satz 3, 4 SGB V).
- (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschüsse

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird drei Widerspruchsausschüssen übertragen (§ 36 a SGB IV). Die Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz

in 88400 Biberach

für den Betreuungsbereich der Regionalservices Biberach und Ulm,

in 70565 Stuttgart

für den Betreuungsbereich des Regionalservices Stuttgart und Karlsruhe

in 01219 Dresden

für den Betreuungsbereich der Regionalservices Dresden und Bernburg.

(2)

1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem

Vertreter aus der Gruppe der Arbeitgeber nach § 47 Abs. 2 i. V. mit § 51 SGB IV und § 36 a Abs. 2 SGB IV.

2. Jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz der Widerspruchsausschüsse wechselt zwischen Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Die Vorsitzenden werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bestimmt. Die Vorsitzenden bestimmen die Schriftführer, die auch Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein können.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von den Widerspruchsausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

(2) Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse VerbundPlus nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

(4) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen,

wenn

1. sie zu dem in § 1 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/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.

(5) 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

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet vom dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag, oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem 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.
- (3) Abweichend von Abs. 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- (4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 13d oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 13d Absatz 5 oder Nr. 3 und 4 der

Anlage zur Satzung (Wahltarife Krankengeld), aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 7a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- (1) 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.
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse VerbundPlus; 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.

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,5 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 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 des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- (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 fällig am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 11a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

- (1) Im Rahmen von § 19 VwVG wird eine Mahngebühr erhoben.
- (2) Die Betriebskrankenkasse 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 ausreichend Sicherheiten nicht bestehen oder

- die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je drei Monate gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zu bestimmen.

§ 12 Leistungen

(1) 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 zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 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.

(2) 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 bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat 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 13 Wochen je Krankheitsfall begrenzt (§ 37 Abs. 2 Satz 5 SGB V).

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

(3) Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, längstens jedoch für die Dauer von 26 Wochen und für 8 Stunden je Kalendertag (§ 38 Abs. 2 SGB V).
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 Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

(4) 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 eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse. 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 Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v. H., maximal 40,00 EUR je Erstattungsfall für Verwaltungskosten zu kürzen.
6. 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 5,0 v. H., maximal 50,00 EUR je Erstattungsfall 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 Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

7. Abweichend von Ziffer 6 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der

Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die Betriebskrankenkasse einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der Betriebskrankenkasse zu wählen.

1. Zur Erstattung sind die spezifischen Rechnungen und ärztliche Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 20 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse 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.

(6) Zweitmeinungsverfahren

1. Die BKK VerbundPlus gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V und der folgenden Absätze eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Beurteilung der Erforderlichkeit geplanter Operationen bzw. Eingriffe oder zur Überprüfung der onkologischen Therapieempfehlung.
2. Der Anspruch setzt voraus, dass
 - a) bei den Versicherten eine in der Anlage zur Satzung der BKK VerbundPlus aufgeführte onkologische Erkrankung als gesichert diagnostiziert wurde oder
 - b) dem Versicherten eine Krankenhauseinweisung zur Durchführung eines geplanten orthopädischen Eingriffs bei einer in der Anlage zur Satzung der BKK VerbundPlus aufgeführte orthopädischen Erkrankung diagnostiziert wurde, ein Überweisungsschein mit

Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten Eingriffs vorliegt und – im Falle eines stationären Eingriffs – eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung des Eingriffs noch nicht erfolgt ist.

3. Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung wird durch Leistungserbringer, mit denen die BKK VerbundPlus darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Die BKK VerbundPlus führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der BKK VerbundPlus veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK VerbundPlus den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung der durch den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme (Eingriff, Behandlung) durch nicht zugelassene Fachärzte. Hierzu erhält der Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Die hinzugezogenen nicht zugelassenen Fachärzte müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
 1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
 3. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
 4. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
 5. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.
4. Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Krankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen

ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

5. Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt.
6. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse gemäß der Vereinbarung nach Ziffer 2 in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.
7. Die Regelungen nach diesem Paragraphen gelten lediglich solange, bis der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 SGB V festgelegt hat. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Bekanntmachung im Bundesanzeiger gemäß § 94 Absatz 2 SGB V.

§ 12a Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V)

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention), zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung), insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens "Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung" Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

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

Diese Leistungen werden erbracht als

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V),
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und als
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

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 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150 EUR je Maßnahme gewährt. Die Betriebskrankenkasse bezuschusst maximal zwei Kurse je Kalenderjahr je Versicherter.

Der Zuschuss für Präventionsmaßnahmen bei einer „BKK-Aktivwoche“ beträgt für Versicherte maximal 160 EUR, für mitversicherte Angehörige vom 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres maximal 110 EUR.

§ 12b Schutzimpfungen

Der Versicherte erhält Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Der Versicherte erhält auch 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 werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

§ 12c Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 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 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.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 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

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen 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

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) durch.

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

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

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

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a ff 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
- (4) Versicherten, die an einer besonderen Versorgung nach Absatz I teilnehmen ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme folgende Zuzahlungen:

1. Zuzahlung zur stationären Behandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V)
2. Zuzahlung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
3. Zuzahlung zu Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)

in Höhe von 100 v. H.

Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt

(1) Pflichtversicherte Auszubildende nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt beträgt jährlich bis zu 160 EUR und ist höchstens 10 EUR höher als die nachfolgend genannte Prämie. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie unter Beachtung des § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V in Höhe von bis zu 150 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im Voraus.

(2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Prävention (§§ 20, 20i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung § 22a 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)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

- (3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.
- (4) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.
- (5) Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des auf die Wahl folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft. Besteht Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate, wird der Selbstbehalt und die Prämie nach Absatz 1 anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Der Wahltarif endet mit Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.
- (6) Die Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende der Fusionskrankenkasse BKK Kassana wird für die Bestandsteilnehmer bis längstens 31.12.2017 fortgeführt. Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- (1) Versicherte ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Ziffern 1 bis 3 vollständig und zusätzlich aus den Ziffern 4 bis 9 mindestens zwei weitere Voraussetzungen innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen:

1. Der Versicherte nimmt vom 36. Lebensjahr an alle drei Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 3. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in Anspruch.
 4. Der Versicherte weist einen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen aktuellen Impfschutz nach oder nimmt nach § 20 d Abs. 1 Satz 1 SGB V oder nach § 12b dieser Satzung gewährte Schutzimpfungen in Anspruch (Grund- oder Auffrischungsimpfung).
 5. Der Versicherte nimmt an einer Maßnahme des Arbeitgebers zur betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20a SGB V teil.
 6. Der Versicherte treibt nachweislich länger als 1 Jahr regelmäßig Sport in einer Betriebssportgruppe, einem Mitgliedsverein des DOSB bzw. einem durch z. B. TÜV-Zertifizierung qualitätsgesicherten Fitness-Studio oder erlangt das Deutsche Sportabzeichen, Laufabzeichen / Walkingabzeichen jeweils ab Stufe 2.
 7. Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 8. Der Versicherte ist Nichtraucher.
 9. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt im Normbereich.
- (2) Der Bonus wird den Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Absatz 1 als Zuschuss für die Inanspruchnahme selbst finanzierter Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen gewährt. Der Zuschuss zu den nachgewiesenen Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen beträgt kalenderjährlich bis zu 50,00 EUR je Versicherten. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr oder Angehörige ist nicht möglich. Die bezuschussungsfähigen Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen werden in der Anlage zu § 14 der Satzung erläutert.
- (3) Für versicherte Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Versicherte Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen vollständig nachweisen:

1. Sie nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
2. Sie treiben nachweislich länger als 1 Jahr regelmäßig Sport in einem Mitgliedsverein des DOSB bzw. einem durch z. B. TÜV-Zertifizierung qualitätsgesicherten Fitness-Studio oder erwerben ein Schwimm- oder Sportabzeichen (z. B. Seepferdchen, Deutsches Sportabzeichen Jugend in Silber Stufe 2).
3. Die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgt einmal je Kalenderhalbjahr.
- (4) Jedes teilnehmende Kind erhält einen jährlichen Bonus von 25,00 EUR. Die Auszahlung erfolgt an das Mitglied.
- (5) Die Durchführung der Bonusmaßnahme und ggf. die Erfüllung der Voraussetzungen zur Erlangung des Bonus ist vom Arzt, Zahnarzt oder dem Anbieter der Leistung in geeigneter Weise mit Datum, Stempel und Unterschrift zu bestätigen bzw. durch andere Unterlagen (z. B. Impfpass, Vorsorgepass) nachzuweisen. Die Teilnahme für Neuversicherte ist auch unterjährig möglich.
- (6) Die Bonusauszahlung nach Absatz 2 und Absatz 4 erfolgt im Folgejahr ausschließlich auf Antrag des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Der Bonus wird nur dann gewährt, wenn der Antrag bis zum 31.03. des Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr gestellt wird und zum Zeitpunkt der Auszahlung eine ungekündigte Mitgliedschaft bzw. eine laufende Versicherung bei der Betriebskrankenkasse besteht.
- (7) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Versicherten können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe (§ 65a SGB V)

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

(2) Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1. und 2. sowie mindestens zwei weitere Punkte nachweist:

1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und / oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF
3. Es besteht seit mindestens 1 Jahr ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der Betriebskrankenkasse.
4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
5. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.

(3) Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:

1. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der Betriebskrankenkasse.
2. Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
3. das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche / Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - d) Betriebliches Vorschlagswesen

(4) Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:

1. Im Unternehmen werden BGF – Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Vorhalten von Gymnastik- und / oder Ruheräumen
 - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
 - c) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
 - d) Ermöglichung von Check-ups während der Arbeitszeit
 - e) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
 - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
 - h) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
 - i) Gesunde und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.)
2. Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
3. Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
- (5) Der Bonus aus Stufe 1, 2 und 3 erhöht sich in der Stufe 4 um die bei der Betriebskrankenkasse erzielten Einsparungen, wenn die Betriebskrankenkasse bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II bis IV durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende Gesundheitsbezogenen Effekte ermittelt:
 - Senkung des Krankenstandes
 - Senkung der Entgeltfortzahlungen
 - Senkung der Arzneimittelausgaben
 - Senkung der Krankenhauskosten

Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassung kranker Mitarbeiter werden nicht bewertet. Als Referenzwert für die Ermittlung gesundheitsbezogener Effekte werden die jeweils über die vorangegangenen 3 Jahre ermittelten durchschnittlichen, altersstandardisieren Kosten inflationsbereinigt herangezogen.

§ 14b Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse.
- (4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 Satz 1 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 Satz 1 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 oder Nr. 3 Satz 1 SGB V oder § 46 Abs. 3 SGB V gewählt haben

und

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

(2) Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

(3) Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Zusätzliche Leistungen

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 16a Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a SGB V definierte Kostenbeteiligung hinaus, haben Versicherte Anspruch bei Durchführung einer In-Vitro (IVF) oder einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) auf einen weitergehenden Zuschuss von 200 EUR je Versuch, max. für 3 Versuche. Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der Betriebskrankenkasse versichert sind.

§ 16b Zahnärztliche Behandlung

(1) Über die im SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus, erstattet die Betriebskrankenkasse bei Vorlage der Rechnung die Kosten für folgende, von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnärzten durchgeführte Leistungen:

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

(2) Die erwachsenen Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der professionellen Zahnreinigung in Höhe vom 80% max. 75 EUR im Kalenderjahr.

§ 16c Osteopathie

- (1) Die Versicherten der Betriebskrankenkasse können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung für den Anspruch ist die qualitätsgesicherte Behandlung durch einen Leistungsbringer, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung besitzt, die zum Beitritt in einem Berufsverband der Osteopathen berechtigt.
- (2) Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal 6 Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 EUR pro Sitzung. Für die Erstattung sind die Rechnungen und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

§ 16d Hebammenleistungen

- (1) Rufbereitschaft Hebammen
 1. Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, erhalten die für die Rufbereitschaft der Hebamme innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche der Schwangerschaft entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen oder berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten.
 2. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 EUR einmalig je Schwangerschaft. Für die Erstattung ist die Rechnung über die Rufbereitschaft der Hebamme vorzulegen.
- (2) Geburtsvorbereitung im Rahmen der Vorsorge

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für einen von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Geburtsvorbereitungskurs des Partners bis zu 50 EUR, sofern dieser bei der Betriebskrankenkasse versichert ist. Die Hebamme oder der Entbindungspfleger benötigen eine Zulassung gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer. Die

Erstattung erfolgt unter Vorlage der Teilnahmebescheinigung und der Rechnung im Rahmen der Kostenerstattung. Die Rechnung ist spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres nach der Entbindung vorzulegen.

§ 16e Schwangerschaftsleistungen (§ 23 SGB V)

Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag nach der Entbindung bezuschusst. Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:

1. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen und/oder 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall

bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes.

2. Toxoplasmose-Screening

bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).

3. Triple-Test

bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation.

Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 150 EUR je Schwangerschaft möglich.

Der Anspruch setzt voraus, 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 der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist.

Zur Kostenerstattung sind der Betriebskrankenkasse spezifizierte Rechnungen vorzulegen.

§ 16f Mehrleistungen für Flash-Glucose-Messsystem

- (1) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten der vollständigen Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- (2) Voraussetzung ist, dass eine intensivierete konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt 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:
 - Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - 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
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.“

Ein individuelles Therapieziel ist festzulegen und der 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.

- (3) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig und die Kosten für Sensoren abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung § 33 Absatz 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V.
- (4) Die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt. Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse erfolgt darüber hinaus in der Mitgliederzeitschrift und gemäß § 305b SGB V im elektronischen Bundesanzeiger.

§ 21 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-verbundplus.de, nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in den Geschäftsstellen oder durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

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.

Artikel II

Inkrafttreten

- (1) Die Satzung wurde von den Verwaltungsräten der BKK VerbundPlus und der BKK Kassana in der Sitzung der Verwaltungsräte am 12.12.2014 beschlossen.

(2) Die Satzung tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Stand: Inklusive der Satzungenachträge 1 - 6

Anlagen

Entschädigungsregelung (Anlage zu § 2 der Satzung)

Der Verwaltungsrat hat diese Entschädigungsregelung gem. § 41 SGB IV festgesetzt. Die Regelung begrenzt die Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz (BRKG) enthaltenen Beträge.

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des BRKG. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des BRKG. Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, werden unter Beachtung des § 6 Abs. 2 BRKG erstattet.

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 1. Klasse / 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,

- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs.2 des BRKG jeweils geltenden Sätze.
- d) Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

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 Abs. 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 (in der Fassung des Einigungsvertrages, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet F, Abschnitt III, Nr. 1 Buchstabe c).

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall 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 60 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.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

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

1. 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 89 EUR.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 62 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. 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.

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.

IV Verfahren

Die Entschädigungen sind innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme.

Onkologische Erkrankungen im Sinne des § 12 Abs.6 Nr. 2a der Satzung (Anlage zu § 12 Abs. 6 Nr. 2a der Satzung)

Bösartige Neubildungen des/der ...

- C00-C14 Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- C15-C26 Verdauungsorgane
- C30-C39 Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- C40-C41 Knochens und des Gelenkknorpels
- C43-C44 Haut, Melanom und sonstige
- C45-C49 mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
- C50-C50 Brustdrüse [Mamma]
- C51-C58 weiblichen Genitalorgane
- C60-C63 männlichen Genitalorgane
- C64-C68 Harnorgane
- C69-C72 Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
- C73-C75 Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen

In - situ – Neubildungen...

- D00.- der Mundhöhle, des Ösophagus und des Magens
- D01.- sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
- D02.- des Mittelohres und des Atmungssystems
- D03.- Melanoma in situ
- D04.- der Haut
- D05.- der Brustdrüse [Mamma]
- D06.- der Cervix uteri
- D07.- sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane
- D09.- sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

Gutartige Neubildung ...

- D10.- des Mundes und des Pharynx
- D11.- der großen Speicheldrüsen
- D12.- des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
- D13.- sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems
- D14.- des Mittelohres und des Atmungssystems
- D15.- sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
- D16.- des Knochens und des Gelenkknorpels

- D17.- des Fettgewebes
- D18.- Hämangiom und Lymphangiom
- D19.- des mesothelialen Gewebes
- D20.- des Weichteilgewebes des Retroperitoneums und des Peritoneums
- D21.- Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
- D22.- Haut, Melanozytennävus
- D23.- Haut, sonstige
- D24 - der Brustdrüse [Mamma]
- D25.- Uterus, Leiomyom
- D26.- Uterus, sonstige
- D27 - des Ovars
- D28.- sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane
- D29.- der männlichen Genitalorgane
- D30.- der Harnorgane
- D31.- des Auges und der Augenanhangsgebilde
- D32.- der Meningen
- D33.- des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
- D34 - der Schilddrüse
- D35.- sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen
- D36.- an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen

Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens...

- D37.- der Mundhöhle und der Verdauungsorgane
- D38.- des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
- D39.- der weiblichen Genitalorgane
- D40.- der männlichen Genitalorgane
- D41.- der Harnorgane
- D42.- der Meningen
- D43.- des Gehirns und des Zentralnervensystems
- D44.- der endokrinen Drüsen
- D45 - Polycythaemia vera
- D46.- Myelodysplastische Syndrome
- D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

D48 – an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisation

Orthopädische Erkrankungen im Sinne des § 12 Abs.6 Nr. 2b der Satzung (Anlage zu § 12 Abs. 6 Nr. 2b der Satzung)

Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens...

M00 – M25 Arthropathien

M15 – M19– Arthrose

M20 – M25– sonstige Gelenkerkrankungen

M40 – M54– Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

M40 – M43-- Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

M45 – M49– Spondylopathien

M50 – M54– sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

M60 – M79 Krankheiten des Weichteilgewebes

M70 – M79 sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes

Bezuschussungsfähige Vorsorge- und Gesundheitsleistungen (Anlage zu § 14 der Satzung)

Es sind die nachfolgend genannten eigenfinanzierten Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen im Rahmen des Bonusprogramms nach § 14 Abs. 2 der Satzung zuschussfähig. Hierzu zählen:

1. Allgemeine Maßnahmen
 - a) Allgemeine Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchung (z. B. Check-up, Krebsfrüherkennung)
 - b) EKG, EEG und sonstige Messungen von Körperzuständen
 - c) Ultraschalluntersuchung von Organen und blutführenden Gefäßen
 - d) Lungenfunktionstest, Hirnleistungstest
 - e) Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA)
 - f) Transrektale Sonographie
 - g) Koloskopie (Endoskopie oder Kapselkoloskopie)
 - h) Glaukomfrüherkennung
 - i) Ergänzungsuntersuchung zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr
 - j) Osteoporosevorsorge (z. B. Kalziumsubstitution, Muskelaufbautraining)
 - k) Erweiterte zahnärztliche Vorsorge (z. B. Mundhygienestatus, Fluoridierung), sofern nicht bereits über § 16 der Satzung bezuschusst
 - l) Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der Betriebskrankenkasse bezahlt werden
 - m) Qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum, welche nicht von der Betriebskrankenkasse nach § 12a der Satzung bezuschusst werden.
 - n) Mitgliedsbeiträge für ein qualitätsgesichertes Fitness-Studio bei regelmäßigem Besuch (mehr als 6 Monate im Kalenderjahr)
 - o) Leistungsanspruchnahme von sonstigen Leistungserbringern, die nicht von der Betriebskrankenkasse bezahlt werden

2. Besondere labordiagnostische Maßnahmen
 - a) Anlassbezogene Laboruntersuchung (z. B. Stoffwechselorgane, Helicobacter-Pylori, Hepatitis-Antikörper, Blutwerte)
 - b) Allergietest
 - c) Osteodensitometrie

3. Sonstige Maßnahmen
 - a) Sportmedizinische Untersuchung
 - b) Reisemedizinische Untersuchung
 - c) Ärztliches Beratungsgespräch zu sexuell übertragbaren Krankheiten
 - d) Ärztliches Beratungsgespräch zu Beschwerden in den Wechseljahren (Menopause)

4. Maßnahmen bei Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Nackentransparenzmessung
 - b) Nabelschnurblutuntersuchung

Wahltarife Krankengeld (Anlage zu § 15 der Satzung)

Teilnahme

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

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

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

Anspruch

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u. a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

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

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.