

Satzung der BKK für Heilberufe

Stand: 23.12.2009

1. Satzungsantrag vom 19.12.2006; genehmigt am 27.12.2006 / 29.01.2007
2. Satzungsantrag vom 20.06.2007, genehmigt am 01.10.2007 / 18.03.2008
3. Satzungsantrag vom 10.10.2007, genehmigt am 06.12.2007
4. Satzungsantrag vom 19.12.2007, genehmigt am 28.12.2007
5. Satzungsantrag vom 07.05.2008, genehmigt am 28.05.2008
6. Satzungsantrag vom 02.07.2008, genehmigt am 04.08.2008
7. Satzungsantrag vom 19.12.2008, genehmigt am 07.01.2009
8. Satzungsantrag vom 19.12.2008, genehmigt am 30.12.2008
9. Satzungsantrag vom 19.12.2008, genehmigt am 07.01.2009
10. Satzungsantrag vom 22.09.2009, genehmigt am 06.10.2009
11. Satzungsantrag vom 22.12.2009, genehmigt am 23.12.2009
12. Satzungsantrag vom 22.12.2009, genehmigt am 23.12.2009

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Höhe der Rücklage
- § 9 Bemessung der Beiträge
- § 9a *(aufgehoben)*
- § 9b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1. Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträgen
- § 10 *(aufgehoben)*
- § 11 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 12 Fälligkeit der Beiträge
- § 13 Leistungen
- § 13a Primärprävention
- § 13b Schutzimpfungen
- § 13c Leistungsausschluss
- § 14 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 14a Modellvorhaben
- § 14b *(aufgehoben)*
- § 14c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe
- § 14d Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 14e Wahltarif Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 14f Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14g Wahltarif Integrierte Versorgung
- § 14h Wahltarif Krankengeld
- § 15 *(aufgehoben)*
- § 15a Kooperation mit der PKV
- § 16 Aufsicht
- § 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

§ 18 Bekanntmachungen

§ 19 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Betriebskrankenkasse für Heilberufe sowie die Kurzbezeichnung BKK für Heilberufe. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Düsseldorf.
- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Firma Roche Diagnostics GmbH, mit dem Betrieb in Mannheim und den Werken in Penzberg und Tutzing sowie den Betriebsstätten des Außendienstes innerhalb der Bundesrepublik Deutschland und die folgenden Gesellschaften, deren Mitarbeiter bei der Roche Diagnostics angestellt sind: Corange Deutschland Holding GmbH, Mannheim, Hestia Pharma GmbH, Mannheim, Bonamed Pharma GmbH, Mannheim sowie auf die Hauptverwaltung der Colonia Nordstern Versicherungs-Management AG (CNV) Köln, mit ihren Verwaltungsdirektionen in Köln, Berlin, Hamburg, Bremen, Hannover, Düsseldorf, Essen, Münster, Frankfurt, Neustadt, Mannheim, Stuttgart, München, Nürnberg und die Geschäftsstellen im gesamten Bundesgebiet und auch auf alle Regionen in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 10 Versichertenvertreter und 5 Arbeitgebervertreter an. Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.
- II.a Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 10 Versichertenvertreter und 10 Arbeitgebervertreter an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und weiteres 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. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 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. Der Prüfbericht ergeht an den Verwaltungsrat, der ihn an den Vorstand zur Stellungnahme weiterleitet.
 4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gem. § 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.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
- IX. 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.

- X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören zwei Mitglieder 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 kann im Einzelfall bestimmen, dass ein einzelnes Vorstandsmitglied die BKK vertritt. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit einer Stellungnahme des Vorstandes zu den Prüffeststellungen der/s 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 auszuzahlen.
- IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.

- V. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Düsseldorf.
- II.
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter 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 und 59 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein von ihm 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 ist.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 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 Abs. 2 Vorruhestandsgesetz 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 (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§143 Abs. 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 § 23 Abs. 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 Abklärung 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 nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten 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 Beschäftigten in gleichartiger 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 Bildungswegs, 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 Rentenanspruches mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01.01.1983 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 Zeitraumes zwischen dem 01.01.1985 und der Stellung des Rentenanspruches nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 03.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01.01.1985 der 01.01.1992 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 Rentenanspruches 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 werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 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, und sie beim Beitritt noch nicht 45 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 Aufenthaltsnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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

1. sie zu dem in § 1 Abs. 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 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- und Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV. Familienversicherung

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

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an der Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet vom 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 Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Abs. I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber dem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für das Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Abs. I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Abs. I Satz 1 und Abs. II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 13 Abs. VII gewählt wurde.
- V. (aufgehoben)

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Höhe der Rücklage

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

§ 9 Bemessung der Beiträge

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

§ 9a (aufgehoben)

§ 9b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Abs. II. und III. genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 10 (aufgehoben)

§ 11 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

- I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Betriebskrankenkasse kann mit dem Arbeitgeber des Mitgliedes vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Sozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes wird hierdurch nicht aufgehoben.
- II. Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes. Der Begriff der beitragspflichtigen Einnahmen entspricht den Regelungen der §§ 223, 226 bis 240 SGB V und 23a SGB IV.
- III. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 6 Abs. II wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Abs. II im vollen Umfang erhoben.

§ 12 Fälligkeit der Beiträge

- I. Für die Fälligkeit der Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) gilt § 23 SGB IV.
- II. Die von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrages 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 Beiträgen (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

IV. Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine pauschale Mahngebühr erhoben. Diese beträgt

- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	200 EUR	0,80 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	500 EUR	1,30 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	1.000 EUR	2,80 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	3.000 EUR	5,30 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	5.000 EUR	15,30 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	10.000 EUR	25,30 EUR
- bei einem Mahnbetrag von mehr als	10.000 EUR	50,00 EUR.

V. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird monatlich am 3. Werktag des Folgemonats fällig. Abweichend hiervon werden der Zusatzbeitrag für die Beitragsmonate Januar bis März 2010 am 06. April 2010 fällig. Zahlt das Mitglied den kassenindividuellen Zusatzbeitrag für das Gesamtjahr bis zum ersten Fälligkeitstermin im Jahr im voraus oder erfolgt die Zahlung für das gesamte Kalenderjahr zu den Fälligkeitsterminen nach Sätzen 1 und 2 durch Abbuchung, erhält das Mitglied ein Skonto in Höhe eines Zwölftels des Jahresbeitrages, das von dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag für den Monat Dezember in Abzug gebracht wird.

§ 13 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung 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 mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II. Häusliche Krankenpflege

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

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - wenn 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 übernommen;
 - wenn der Versicherte ambulant operiert wird und eine im Haushalt lebende Person diesen nicht weiterführen kann, für den Zeitraum der ärztlich bescheinigten Notwendigkeit, längstens für den Zeitraum, für den bei einer Operation im Krankenhaus Krankenhauspflege gewährt worden wäre.
 - wenn nach ärztlicher Bescheinigung durch die Haushaltshilfe eine stationäre Behandlung entbehrlich wird und eine im Haushalt lebende Person diesen nicht weiterführen kann, für die Dauer der ansonsten zu gewährenden Krankenhauspflege.
 - wenn im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlicher Feststellung durch schwere Erkrankung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann, längstens für einen Zeitraum von 28 Tagen; § 37 Abs. 3 SGB V gilt entsprechend.
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 Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen.
2. Bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung ist bei Versicherten, deren Arbeitsentgelt regelmäßigen Schwankungen unterliegt oder von der Arbeitsleistung (z.B. Akkord, Provision) abhängig ist, der Bemessungszeitraum auf 3 Entgeltabrechnungszeiträume von mindestens je 4 Wochen bzw. bei monatlicher Entgeltabrechnung auf 3 Monate zu verlängern.

3. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
4. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. (aufgehoben)

VI. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Sie sind von der Betriebskrankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

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).

Der Versicherte ist mindestens für ein Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Der Zeitraum beginnt mit dem Eingang der schriftlichen Erklärung bei der Betriebskrankenkasse. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Jahresende kündigen. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse zu erklären und wird mit Zugang bei der Betriebskrankenkasse wirksam.

2. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

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

Der Erstattungsbetrag ist um 7,5% für Verwaltungskosten sowie wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen.

3. Ist die Inanspruchnahme einer Leistung als Sach- oder Dienstleistung von der vorherigen Genehmigung der Betriebskrankenkasse abhängig, ist diese Genehmigung auch von Versicherten einzuholen, die Kostenerstattung gewählt haben.
4. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die

innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10% für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen.

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.

5. Abweichend von Nummer 4 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.
6. Werden nach Nummern 4 und 5 Leistungen in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, in Anspruch genommen, kann der Versicherte Art und Umfang der erhaltenen Leistungen abweichend von Nummer 2 auch in anderer geeigneter Weise nachweisen.

VII. Wahltarif Selbstbehalt

1. Mitglieder 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). Bei einem Jahreseinkommen von € 7.200 bis € 19.999 beträgt der jährliche Selbstbehalt € 120, bei einem Jahreseinkommen von € 20.000 bis € 29.999 beträgt der jährliche Selbstbehalt € 240, bei einem Jahreseinkommen von € 30.000 bis € 39.999 beträgt der jährliche Selbstbehalt € 360, bei einem Jahreseinkommen ab € 40.000 beträgt der jährliche Selbstbehalt € 800.
2. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
 - Prävention und Schutzimpfung (§§ 20 und 20d SGB V i. V. m. § 13b),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, 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, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
3. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.
4. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von € 120 jährlich € 100, bei einem jährlichen Selbstbehalt von € 240 jährlich € 160, bei einem jährlichen Selbstbehalt von € 360 jährlich € 240 und bei einem jährlichen Selbstbehalt von € 800 jährlich € 500. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich zum Ende des 1. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr..
5. Die Wahl des Selbstbezalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Nr. 1 und die Prämienzahlung nach Nr. 4 anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbezalts nach Nr. 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbezalts nach Nr. 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.

§13 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006“ Leistungen zur Primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität (gesundheitssportliches Bewegungstraining)
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme (Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken)

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktionskurs)

Stressreduktion/Entspannung:

- Förderung individueller Kompetenz der Belastungsverarbeitung und Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken (Stressreduktions-Training)

Genuss- und Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs (Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs)

Die Betriebskrankenkasse gewährt Leistungen nach Satz 1 grundsätzlich im Rahmen von Zuschüssen. Für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention ist für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Eigenanteil von 20 von Hundert vorzusehen. Für Versicherte, die mit ihren gesetzlichen Zuzahlungen die Belastungsgrenze des jeweiligen Kalenderjahres nach § 62 SGB V erreicht haben, reduziert sich der Eigenanteil auf 10 vom Hundert. Die Betriebskrankenkasse gewährt Zuschüsse für maximal zwei Kurse innerhalb

eines Kalenderjahres, sofern die Kurse in zwei unterschiedlichen Handlungsfeldern durchgeführt werden. Die Höhe der Zuschüsse ist für alle Versicherten auf höchstens € 75,00 je Handlungsfeld begrenzt. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst oder im Auftrag durch Dritte erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt.

§13 b Schutzimpfungen

Die Versicherten erhalten Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Die Versicherten erhalten Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der Kosten, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt, die Impfung im Rahmen der Verträge zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden kann.

Die Kosten für Gripeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der Betriebskrankenkasse auch übernommen, wenn für die Betriebskrankenkasse keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Kostenerstattungen für Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.

Die Betriebskrankenkasse informiert die Versicherten darüber, für welche Schutzimpfungen Kosten übernommen werden.

§ 13 c Leistungsausschluss

- I. 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.
- 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 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen

Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 €.

§14 a Modellvorhaben

Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme

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

- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 (Hessen),
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs (Hessen).

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

Das Modellvorhaben (Diabetes mellitus Typ 2 - Hessen -) beginnt am 11.06.2003 und endet am 10.06.2009.

Das Modellvorhaben (Brustkrebs - Hessen -) beginnt am 30.01.2004 und endet am 29.01.2010.

§ 14 b (aufgehoben)

§ 14 c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe

- I. Die Betriebskrankenkasse kann Arbeitgebern einen Bonus gewähren, wenn diese betriebliche Gesundheitsförderung über ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinaus betreiben. Sie schließt hierzu mit dem Arbeitgeber einen Bonusvertrag für alle oder

einzelne Betriebe oder Betriebsteile, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweis sowie die Höhe des Bonus regelt. Dieser darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Die Höhe des Bonus richtet sich nach der Intensität der vereinbarten gesundheitsfördernden Maßnahmen nach Maßgabe der Absätze II bis IV.

- II. Teilnehmen können alle Arbeitgeber, bei denen mindestens 30 Mitarbeiter bei der Betriebskrankenkasse versichert sind. Mindestens 30 der Versicherten einer einzelnen Betriebsstätte oder eines Standorts des Arbeitgebers müssen für die Dauer von drei Jahren schriftlich ihre Teilnahme erklären.

Weitere Voraussetzung für eine Bonusgewährung ist, dass der Arbeitgeber finanzielle und/oder personelle Ressourcen für betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Verfügung stellt und sich zumindest zu zwei der unter Nummern 1 bis 3 und einer weiteren der unter Nummern 4 bis 6 genannten Maßnahmen verpflichtet:

- 1) Es besteht ein Arbeitskreis Gesundheit unter Beteiligung der Betriebskrankenkasse im Betrieb.
 - 2) Betriebliche Gesundheitsförderung ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes, der Führungsgrundsätze oder des Zielvereinbarungssystems des Arbeitgebers.
 - 3) Es existiert eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung.
 - 4) Der Arbeitgeber erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der Betriebskrankenkasse.
 - 5) Der Arbeitgeber erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Beschäftigtenbefragung.
 - 6) Der Arbeitgeber wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus und macht diese zur Grundlage von innerbetrieblichen Prozessen (Gesundheitszirkel oder vergleichbare Verbesserungsprozesse) und Mitarbeiter-, Führungs- und Zielvereinbarungsgesprächen.
- III. Der Bonus kann sich erhöhen, wenn der Arbeitgeber sich zusätzlich zu mindestens vier der nachfolgenden gesundheitsfördernden Aktivitäten verpflichtet:
- 1) Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
 - 2) Gewährung von zusätzlichen, bezahlten Kurzpausen
 - 3) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
 - 4) Ermöglichung von Gesundheits-Check-up's
 - 5) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote
 - 6) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - 7) Teilnahme am Audit „Familie und Beruf“

- 8) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
- 9) Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte.

Weitere Maßnahmen können im Bonusvertrag vereinbart werden. Bei diesen Maßnahmen ist sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter über die Vorhaben der betrieblichen Gesundheitsförderung informiert sind und in gleicher Weise Gelegenheit erhalten, an den Aktivitäten teilzuhaben.

- IV. Der Bonus kann sich weiter erhöhen, wenn sich der Gesundheitszustand der teilnehmenden Mitarbeiter durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nachweislich verbessert hat. Arbeitgeber und Betriebskrankenkasse schließen hierzu im Bonusvertrag eine Zielvereinbarung, in welcher die Kriterien zur Messung des Gesundheitszustandes (z. B. der Arbeitsunfähigkeitszeiten der teilnehmenden Mitarbeiter) festgelegt werden.

Der Bonus kann sich bis zur Höhe der bei der Betriebskrankenkasse erzielten Einsparungen erhöhen, wenn die Betriebskrankenkasse bei dem Arbeitgeber aufgrund von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Senkung der Arzneimittelausgaben, der Krankenhauskosten und der Krankengeldausgaben feststellt. Kostensenkungen infolge gesetzlicher Änderungen oder der Beendigung des Arbeitsverhältnisses teilnehmender Mitarbeiter werden nicht bewertet. Als Referenzwert für die Ermittlung gesundheitsbezogener Effekte werden die jeweils für die vorangegangenen drei Jahre ermittelten durchschnittlichen, altersstandardisierten Kosten inflationsbereinigt herangezogen.

Die maximale Bonushöhe darf einen Monatsbeitrag nicht überschreiten.

§ 14 d Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie ggf. weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Abs. II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach – Abs. II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 14 e Wahltarif Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Abs. II ein Jahr gebunden; er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Abs. II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 14 f 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
- II. 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.
 - III. (aufgehoben)

§ 14 g Wahltarif Integrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 14 h Wahltarif Krankengeld

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.
- 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 Rehabilitations- (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. 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 (z.B.

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien,) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte. 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 sechsten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
 2. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
 3. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Für Arbeitsunfähigkeiten, die vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XVI festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber an dem in Satz 1 genannten Tag.
- Für Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V i.V.m. der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie Mitglieder nach § 46 Satz 2 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, 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 vor dem 1. Januar 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz III genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
- V. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Werktagen 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.

VI. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend.

VII. Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

VIII. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 genannten Versicherten 25 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

Für die Dauer des Bezuges von Krankengeld ist das Mitglied beitragsfrei in der Krankenversicherung (§ 224 SGB V). Im Falle der Versicherungspflicht in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit behält die Betriebskrankenkasse den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Krankengeld ein und entrichtet diesen an den zuständigen Sozialversicherungsträger.

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

X. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 52 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

- XI. Abweichend von Absatz XII besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- XII. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. 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 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesem Tarif angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.
- XIV. Frühest möglicher Beginn der Tarife ist der 1. Januar 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann zum 1. eines Monats 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. Die Wahl des Tarifs ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied bei Beginn des Tarifs das 65. Lebensjahr vollendet hat und nicht bis unmittelbar bis zum Beginn des Tarifs mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

Für Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V i.V.m. der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie für Mitglieder nach § 46 Satz 2 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 31.03.2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 31. Dezember 2008 gestellt.

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.

- XV. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 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 Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen; Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Absatz XIX bleiben dabei außer Betracht.

XVII. Die Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V 47,50 EUR/Monat;
2. bei Mitgliedern nach § 46 Abs. 2 SGB V 31,75 EUR/Monat.

XVIII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

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

XIX. Die Prämie wird jeweils im voraus fällig, spätestens am 05. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

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

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

§ 15 (aufgehoben)

§ 15 a Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt, Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse. Für die Bekanntmachung beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

Darüber hinaus werden Satzungsänderungen sowie sonstiges autonomes Recht durch Veröffentlichung auf der Homepage der Betriebskrankenkasse unter www.bkk-heilberufe.de bekannt gemacht.

§ 19 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

- I. § 19 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG):
 1. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Ost übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
 2. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse für Heilberufe; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Ost weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
 3. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK-Landesverband Ost die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

- II. Der Anhang zur Satzung der BKK für Heilberufe für Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) wird aufgehoben.

Artikel II

Inkrafttreten

- I. Der Verwaltungsrat der BKK für Heilberufe hat diese Satzung am 28. Juni 2006 beschlossen. Den 1. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 19. Dezember 2006 beschlossen. Den 2. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 20. Juni 2007 beschlossen. Den 3. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 10. Oktober 2007 beschlossen. Den 4. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 19. Dezember 2007 beschlossen. Den 5. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 07. Mai 2008 beschlossen. Den 6. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 02. Juli 2008 beschlossen. Den 7. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 19. Dezember 2008 beschlossen. Den 8. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 19. Dezember 2008 beschlossen. Den 9. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 19. Dezember 2008 beschlossen. Den 10. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 22. September 2009 beschlossen. Den 11. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 22. Dezember 2009 beschlossen. Den 12. Satzungsantrag hat der Verwaltungsrat in der Sitzung am 22. Dezember 2009 beschlossen.
- II. Die Satzung tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung vom 22. November 2002 und die dazu ergangenen Nachträge 1 bis 14 außer Kraft.
- III. Der 1. Satzungsantrag tritt am 01.01.2007 in Kraft. Der 2. Satzungsantrag tritt am 01.04.2007 in Kraft, mit Ausnahme von § 6 Abs. III, § 13 Abs. VII, § 14a Abs. I, § 14 b Abs. III. Diese Regelungen treten am 01.07.2007 in Kraft. Der 3. Satzungsantrag tritt am 01.07.2007 in Kraft. Der 4. Satzungsantrag tritt am 01.01.2008 in Kraft. Der 5. Satzungsantrag tritt am 01.04.2007 in Kraft. Der 6. Satzungsantrag tritt am 01.01.2008 in Kraft, mit Ausnahme der Änderung in § 12; diese tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Der 7. Satzungsantrag tritt am Tage nach seiner Bekanntmachung in Kraft. Der 8. Satzungsantrag tritt am 01.01.2009 in Kraft. Der 9. Satzungsantrag tritt am Tage nach seiner Bekanntmachung in Kraft. Der 10. Satzungsantrag tritt am Tage nach seiner Bekanntmachung in Kraft, mit Ausnahme der Änderung zu § 13a, diese tritt am 01.01.2009 in Kraft. Der 11. Satzungsantrag tritt am 01.01.2010 in Kraft. Der 12. Satzungsantrag tritt am 01.01.2010 in Kraft.

- IV. Die Regelung des § 2 Abs. II a tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. Sie findet erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.

Bonn, den 23.12.2009

II 3 - 59639.0 – 2337/2006

Für die Richtigkeit

Hans-Joachim Röminger
- Vorstandsvorsitzender -