

Satzung

**der Betriebskrankenkasse der
Energieversorgung Mittelrhein AG
(BKK evm)**

Übersicht zur Satzung

Artikel I	Seiten
Inhalt der Satzung	
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2 Verwaltungsrat	4 ff.
§ 3 Vorstand	7 ff.
§ 4 Widerspruchsausschuss	9 ff.
§ 5 Kreis der versicherten Personen	11 ff.
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	16 ff.
§ 7 Aufbringung der Mittel	18
§ 8 Bemessung der Beiträge	19
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	20
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	21
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	22
§ 10a Beitragsvorschüssen	23
§ 10b Mahngebühren	24
§ 11 Höhe der Rücklage	25
§ 12 Leistungen	26 ff.
§ 12a Primärprävention	34 ff.
§ 12b Schutzimpfungen	36
§ 12c Leistungsausschluss	37
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	38
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	39
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung	40
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	41
§ 14 unbesetzt	42
§ 15 Wahltarife Krankengeld	43 ff.
§ 16 Kooperation mit der PKV	51
§ 17 Aufsicht	52
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband	53
§ 19 Bekanntmachungen	54
§ 20 Jahresrechnungsergebnisse	55

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel III Nachtrag

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Betriebskrankenkasse der Energieversorgung Mittelrhein AG (BKK evm).

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 1913.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Koblenz.

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe und Außenstellen der Energieversorgung Mittelrhein AG und auf die Tochtergesellschaften Energienetze Mittelrhein GmbH & Co.KG, Kraftwagen-Verkehr Koblenz GmbH, KEVAG Telekom GmbH, Windpark Westerwald GmbH und Naturstrom Rheinland-Pfalz GmbH.

§ 2 Verwaltungsrat

- (1)
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 5 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.
- (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.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen,
 11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
 12. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und 3 Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (9) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Jahresrechnung und Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Koblenz.
- (2) 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen
- aus 1 Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 Stimme.
2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX 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 Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren. Auf die nach Satz 1 Nr. 11 erforderliche Mitgliedszeit, wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend.
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war, erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

14. 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 Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,

15. 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,

16. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird.

(2) Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
 3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
 4. 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. Der Beitritt ist nach dem 55. Lebensjahr ausgeschlossen.
 5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
 6. innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Beziehender einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
 7. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 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.
- (3) 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 Absatz 2 der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder

3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen 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.

(4) 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 von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- (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 Absatz 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.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a 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. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- (3) Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- (3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10 a Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden.

Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 10 b Mahngebühren

Im Rahmen von §§ 22 Absatz 2, 83 LVwVG in Verbindung mit § 2 LVwVGKostO wird eine pauschale Mahngebühr erhoben.

Mahngebühren

Anzumahnender Gesamtbetrag		Mahngebühr
bis	100,00 EUR einschließlich	5,00 EUR
bis	500,00 EUR einschließlich	10,00 EUR
bis	1 000,00 EUR einschließlich	15,00 EUR
bis	5 000,00 EUR einschließlich	50,00 EUR
bis	10 000,00 EUR einschließlich	75,00 EUR
	mehr als 10 000,00 EUR	100,00 EUR

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

(2) Häusliche Krankenpflege

1. 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.

2. Voraussetzung ist, dass

- a) Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und

b) keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

3. Die Dauer ist auf 6 Wochen je Krankheitsfall, maximal für die Dauer der Behandlungspflege begrenzt.

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

(3) Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus Haushaltshilfe,

a) wenn dem Versicherten wegen

Krankenhausbehandlung,
einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4 SGB V,
einer Leistung nach § 24 SGB V,
einer Leistung nach § 40 SGB V oder
einer Leistung nach § 41 SGB V

die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens 6 Wochen gewährt.

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

Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens 6 Wochen gewährt.

2. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

(5) 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.

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

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

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,-- EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

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

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

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

(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

a) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

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

Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

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. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel ist um 5 % als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 5 % als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigen Arzneimittel zu kürzen.

3. Es gelten § 12 Abs. 5 Nr. 4 und 6.

(7) Zusätzliche Satzungsleistungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

1. der künstlichen Befruchtung zu 100 %, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen nach § 27a SGB V erfüllt sind.
2. der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgt und

c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen werden.

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten dieser Arzneimittel jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,-- € pro Kalenderjahr und Versicherten.

Für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

Der Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

3. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse Kosten in Höhe von maximal 300,-- € je Kind für die folgenden Leistungen:

a) Von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Leistungen

Nackenfaltenmessung,

Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien,

Triple-Test,

Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D-Ultraschall.

Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige ärztliche Untersuchung noch nicht vorliegt, aber im Einzelfall Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

b) Eines Geburtsvorbereitungskurses für werdende Väter, wenn beide Elternteile bei der BKK evm versichert sind. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die zur Leistungserbringung nach § 134 a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V berechtigt ist. Anerkannt werden die Kosten in Höhe der vereinbarten Vertragsätze und gemäß den Bestimmungen für die Geburtsvorbereitung für Schwangere (Anlage 1 zum Vertrag nach § 134 a SGB V).

c) Kosten einer Hebammenrufbereitschaft in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche für bei der BKK evm versicherte Frauen. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistungen von einer Hebamme erbracht wird, die zur Leistungserbringung nach § 134 a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist.

Die Pauschale beinhaltet täglich:

- 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit
- Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe
- Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren
- Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

d) Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel in der Schwangerschaft, deren Verordnung durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgt und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wird.

Der Maximalbetrag in Höhe von 300,00 € kann einmalig je Kind für alle Leistungen nach a), b), c) und d) in Anspruch genommen werden. Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

4. der Osteopathie.

Die Versicherten können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen. Die Behandlung ist durch einen Osteopathen durchzuführen, der Mitglied im Berufsverband ist oder einer osteopathischen Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt ist. Die Betriebskrankenkasse bezuschusst maximal 6 Behandlungen zu je € 60,--, jeweils begrenzt auf den Rechnungsbetrag, je Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 12a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung:
 - a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement:
 - a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
 - b. Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
4. Suchtmittelkonsum:
 - a. Förderung des Nichtrauchens
 - b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

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

Bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII erstattet die BKK nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Leistung die Kosten vollständig und für die Versicherten vorleistungsfrei direkt an den Leistungserbringer.

§ 12 b Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber), nach den folgenden Regelungen:

1. Gripeschutzimpfungen
2. Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden,
3. Rota-Virus-Impfungen, sofern die Impfung bis zur Vollendung der 26. Lebenswoche erfolgt.

§ 12 c Leistungsausschluss

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

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

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 13,-- 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 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.

§ 13b Wahltarif besondere Versorgung

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

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

§ 14 unbesetzt

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben und am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können diesen Tarif nur wählen, wenn sie

- 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

- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

(2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§§ 40 Absatz 2, 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Absatz 4, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) und der höchstgerichtliche Rechtsprechung. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationäre Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

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

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S),

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K) [Karenzzeit], wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeitszeiten, die im Zeitraum zwischen Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz 14 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

(4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte 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.

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

(6) Der Anspruch auf Krankengeld endet

1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
2. mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 15 oder 16,
5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI, wenn das Mitglied nicht
 - 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 war oder
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.

Höhe

(7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten 80 v.H. des der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aufgerundet auf volle Euro-Beträge.

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

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 18.

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

Zahlung

(9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

(10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der

erneuten Arbeitsunfähigkeit neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 17 oder 18 unbeachtlich.

(11) Abweichend von Absatz 10 besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

(12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; 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 Beiträge erfolgt.

(13) Die §§ 16, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52 a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

(14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. 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.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

(15) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 1 Monat zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz 16 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(16) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II und 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.

Wechsel

(17) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt ab dem Beginn des 3. Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden 3. Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende/leistungseinschränkende Tarifgruppe keine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz 18 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

(18) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz 8 die in Absatz 7 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 oder 17 besteht in diesen Fällen nicht.

(19) Prämien

Aus der Kombination von dem der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen und dem maßgebenden Beitragssatz ergibt sich die zu zahlende monatliche Prämie.

Beitragssatz für Tarif S in v.H. = 1,60

Beitragssatz für Tarif K in v.H. = 1,20

Tarif S = Tarif für Selbstständige (§ 44 Absatz 2 Nr. 2 SGB V) und unständige Beschäftigte (§ 44 Absatz 2 Nr. 3 SGB V).

Tarif K = Tarif für Künstler & Publizisten (§ 46 S. 3 SGB V).

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

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

(21) Die Prämie wird jeweils in Voraus fällig, spätestens
-bei monatlicher Zahlung am 15. des Folgemonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
-bei jährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Kalenderjahr.

Bei jährlicher Zahlung gewährt die Betriebskrankenkasse einen Nachlass von 5 v.H auf den Jahresbetrag. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

(22) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 10 b erhoben.

(23) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover, als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 19 Bekanntmachung

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und im Betrieb, außerdem durch Bekanntgabe in der

Mitgliederzeitschrift und

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

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts beträgt die Aushangfrist 3 Wochen.

Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 20 Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift exklusiv der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in der Geschäftsstelle der Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

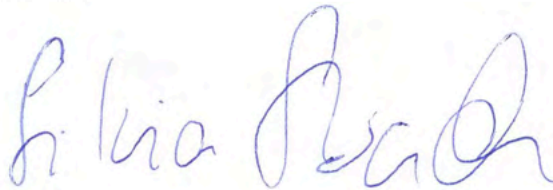
Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 10. Dezember 2019 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2020 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 1. Januar 2009 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Koblenz, den 10. Dezember 2019

Die Vorsitzende
des Verwaltungsrates



53.5 - 02 - 3/5 - BKK evm -

Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 10.12.2019 beschlossene Neufassung der **Satzung der Betriebskrankenkasse der Energieversorgung Mittelrhein AG (BKK evm)** wird gemäß den §§ 34 Abs. 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch, 195 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch **genehmigt**.

Die Neufassung der Satzung tritt am **01. Januar 2020** in Kraft.

Koblenz, den 16. Dezember 2019

Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung

Im Auftrag



Udo Bierbrauer



- Ausfertigung für die BKK evm -

Entschädigungsregelung – Anlage zu § 2 der Satzung

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates der BKK evm.

Folgende Entschädigungen sind vorgesehen:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1. Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung.

Übernachtungsgeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig soweit sie notwendig sind.

1.2. Fahrkosten

Fahrkosten werden nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung erstattet.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Die Unternehmensgruppe der evm stellt die Mitglieder des Verwaltungsrates unter Fortzahlung der Bezüge frei.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand von 30,- €.

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 stellv. Vorsitzenden des Verwaltungsrates

1. Besondere Entschädigungen sind nicht vorgesehen.

2. Auslagenersatz

Es geltend die Regelungen zu der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellv. Vorsitzenden des Verwaltungsrates 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 repräsentative Aufgaben.