

## **2. Nachtrag zur Satzung vom 14.12.2009:**

Die Satzung der BKK Dürkopp Adler vom 14.12.2009 wird wie folgt geändert:

### **1. § 1 Abs. I wird geändert in:**

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK Dürkopp Adler.

Sie ist errichtet worden am 01.07.1990 aus der Vereinigung der Betriebskrankenkassen Dürkoppwerke GmbH, errichtet am 04. September 1873, und Kochs Adler AG, errichtet am 01. April 1879.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 33719 Bielefeld, Potsdamer Str. 190.

### **2. § 6 Abs. IV wird geändert in:**

- IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 8 b oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des §§ 8 b Abs. VI oder Anlage 3, Tarifende/Kündigung, zu Satzung vom 14.12.2009, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

### **3. § 8 b Abs. IV erhält folgende Fassung:**

- IV. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Bindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraumes kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

#### **4. § 9 wird geändert in:**

- I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Betriebskrankenkasse kann mit Zustimmung des Mitgliedes mit dem Arbeitgeber des Mitglieds vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitglieds wird durch diese Vereinbarung nicht aufgehoben.
- II. Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V
- III. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 6 Abs. II wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Absatzes II in vollem Umfang erhoben.

#### **5. § 12 Abs. II erhält folgenden Wortlaut:**

- 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 begrenzt.

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

#### **6. § 12 Abs. III Nr. 1 erhält folgende Fassung:**

- III. Haushaltshilfe

- 1) Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit oder Schwangerschaft oder nach einer ambulanten Operation nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen je Krankheitsfall gewährt. Zeiten der stationären Behandlung werden auf den Zeitraum von 6 Wochen nicht angerechnet.

## 7. § 12 Abs. V wird geändert in:

### V Kostenerstattung

- 1) Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkassen 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 alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster 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 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., mindestens jedoch 3,00 Euro und maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
- 7) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat 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 Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v.H., mindestens 3,00 Euro und höchstens 50,00 Euro für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeit 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 Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Betriebskrankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

- 8) Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat 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.

## 8. In § 12 wird folgender Abs. VI eingefügt:

### IV. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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.

- 1) Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis	Mehrkostenanteil
bis 15 Euro	30 v.H.
16 bis 30 Euro	40 v.H.
31 bis 100 Euro	60 v.H.
101 bis 300 Euro	70 v.H.
301 bis 500 Euro	80 v.H.
über 500 Euro	84 v.H.

- 2) § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

## 9. § 12 a erhält folgende Fassung:

### § 12 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des „Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000“ in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

#### Bewegungsgewohnheiten:

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

#### Ernährung:

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

#### Stressmanagement:

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

#### Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol/zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Bestätigung über die regelmäßige Teilnahme (mindestens 80 v.H. der Kurseinheiten) ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 160 Euro je Maßnahme gewährt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 175 Euro je Maßnahme.

Bei Empfänger/innen von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung erstattet die Betriebskrankenkasse nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Leistung die Kosten vollständig und für die Versicherten vorleistungsfrei direkt an den Leistungserbringer.

#### 10. § 14 erhält folgende Fassung:

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 – 2 vollständig und aus den Punkten 3 – 8 mindestens 3 Punkte einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen, davon aber mindestens eine Maßnahme aus den Punkten 3 bis 4. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte aus den Punkten 3 – 8 mindestens einen weiteren Punkt nachweist:
  1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
  2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
  3. Der Versicherte nimmt mindestens alle 2 Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
  4. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen, mindestens aber die Schutzimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie, vollständig in Anspruch genommen.
  5. Der Versicherte lässt mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchführen.
  6. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio, Nachweis durch die Ablegung eines Sportabzeichens oder durch die Teilnahme an einer Breitensportveranstaltung).
  7. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27.
  8. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
- II. Ist der Versicherte nicht zur Inanspruchnahme der Leistung nach Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 berechtigt, sind zur Erlangung des Bonus die Voraussetzungen des Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 zusammen zu erfüllen und eine weitere aus den Punkten 5 - 8. Erfüllt der Versicherte darüber hinaus mindestens eine weitere Voraussetzung aus den Punkten 5 – 8, wird der Bonus ab der 2. erfüllten Voraussetzung erhöht.
- III. Sind in der Zeit vom 01.01.2010 bis 31.12.2010 die Punkte 3 und 4 zusammen erfüllt, wird dem Versicherten unabhängig von den Regelungen der Absätze 1 und 2 zusätzlich zum Grundbonus ein weiterer Bonus in Höhe von 20 Euro gewährt.
- IV. Erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen nach Nr. 1 oder Nr. 2 in der Zeit vom 01. Dezember bis 31. Dezember eines Jahres, gelten diese Voraussetzungen zur Erlangung eines Bonus auch dann für das Jahr, für das der Bonus beantragt wird, als erfüllt, wenn diese Untersuchungen bis zum 31. Januar des Folgejahres nachgeholt werden.
- V. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistungen im BKK-Bonus-Heft quittiert oder durch die Vorlage der entsprechenden Urkunde (Sportabzeichen, Teilnahmeurkunde Breitensportveranstaltung) nachgewiesen.

- VI. Sind die Mindestanforderungen für die Gewährung des Bonus nach Abs. 1 oder Abs. 2 erfüllt, erhält der Versicherte eine einmalige Bonuszahlung in Höhe von 180 Euro, wenn bis zum 30.04. des Jahres die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes für das vor-angegangene Jahr vollständig nachgewiesen werden.

Erwirbt der Versicherte durch Erfüllung weiterer Voraussetzungen entsprechend der Vorgaben aus Abs. 1 und Abs. 2 zusätzliche Bonuspunkte, werden diese mit jeweils 15 Euro je erfüllter Voraussetzung honoriert.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder nach Abs. 2 bei der BKK Dürkopp Adler wird der aktuelle Bonus jährlich um 10 v.H. erhöht, maximal aber auf 300 Euro.

Weist der Versicherte im Rahmen der Teilnahme am Bonusprogramm die Inanspruchnahme einer professionellen Zahnreinigung und/oder zusätzlichen Untersuchung im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder der Gesundheitsuntersuchung nach Abs. 1 Nr. 3 nach, wird zusätzlich zum Bonus nach den Sätzen 1 bis 3 ein weiterer Bonus in Höhe von 80 v. H. der hierfür entstandenen Kosten gewährt; eine Überschreitung der Höchstgrenze nach Satz 3 ist dabei unschädlich. Werden Untersuchungen nach Satz 1 mehrfach durchgeführt, ist nur eine Untersuchung im Rahmen des Bonusprogramms bonusfähig.

- VII. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gilt das Bonusprogramm für Kinder (§ 14 a).

**11. § 17 erhält folgende Fassung:**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

**12. § 18 wird geändert in:**

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

### **13. Inkrafttreten**

Die Regelung zu Nr. 1 tritt rückwirkend zum 01.02.2011, die Regelungen zu den Nr. 2 bis 9 treten rückwirkend zum 01.01.2011, die Regelung zu Nr. 10 tritt rückwirkend zum 01.01.2010 und die Regelungen zu Nr. 11 und 12 treten rückwirkend zum 01.07.2010 in Kraft.

Bielefeld, den 27.06.2011

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

---

(Werner Horst)

---

(Reinhard Kottmann)