



SATZUNG
der
BKK Dürkopp Adler

Vorwort

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§ 2	Verwaltungsrat	6
§ 3	Vorstand	9
§ 4	Widerspruchsausschuss	10
§ 5	Kreis der versicherten Personen	12
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	18
§ 7	Aufbringung der Mittel	19
§ 8	Bemessung der Beiträge	20
§ 8a	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	21
§ 8b	Wahltarif Prämienzahlung	22
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	24
§ 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	25
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	26
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen	27
§ 11	Höhe der Rücklage	28
§ 12	Leistungen	29
§ 12a	Primärprävention	35
§ 12b	Schutzimpfungen	37
§ 12c	Leistungsausschluss	38
§ 12d	Wahltarif „BKK Arzt privat“	39
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen	41
§ 13a	Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme	42
§ 13b	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	43
§ 13c	Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	45
§ 13d	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	47
§ 13e	Wahltarif integrierte Versorgung	48
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	49
§ 14a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten von Kindern	51
§ 14b	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	52

§ 15	Wahltarife Krankengeld	55
§ 16	Kooperation mit der PKV	56
§ 17	Aufsicht	57
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband	58
§ 19	Bekanntmachungen	59

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage zu § 9a der Satzung: Ausgleichsverfahren durch BKK

Anlage zu § 15 der Satzung: Wahltarif Krankengeld

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- 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 01.04.1879.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 33719 Bielefeld, Bunzlauer Str. 10.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe des Unternehmens Dürkopp Adler AG in der Bundesrepublik Deutschland. Hierzu gehören neben dem Werk in Bielefeld auch die Verkaufsniederlassungen und Servicetechnikerstützpunkte.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich ferner auf den Betrieb Dürkopp Fördertechnik GmbH in Bielefeld.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf das Gebiet des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 2 Verwaltungsrat

I.

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

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.10. des Kalenderjahres.

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder

6 Versichertenvertreter und

6 Vertreter der Arbeitgeber an.

Für die Vertretung der Arbeitgebervertreter gilt persönliche Stellvertretung.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

4. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
 5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 7. den Vorstand zu überwachen
 8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatzbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei:

1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,
2. Änderung von Bestimmungen der Satzung auf Grund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung auf Grund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
5. Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen.
6. Angelegenheiten, die einer kurzfristigen Entscheidung bedürfen und über die durch den Vorstand in geeigneter Weise vorher ausreichend informiert wurde.

Wenn mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 33719 Bielefeld, Bunzlauer Str. 10.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und 2 der Arbeitgeber, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen.
 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. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen den Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter, jeweils zum 01.10 des Kalenderjahres.
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.
 5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 6. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 7. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- III. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten für die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses entsprechend.
- IV. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- V. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 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; § 5 Abs. 5 a SGB V gilt,
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 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 Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 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. Januar 1985 und der Stellung des Renten-

trags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 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 Regelung der 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.
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 fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil zu unrecht Arbeitslosengeld II bezogen wurde, 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 Neunten Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen, wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind.
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei 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,
6. innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen

Rentenversicherung, die nach dem 31.03.2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 01.01.1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deswegen bis zum 31.03.2002 freiwillige Mitglieder waren.

7. innerhalb von sechs Monaten ab dem 1. Januar 2005 Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem BSHG bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren.

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

1. sie zu dem in § 1 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.

IV. Familienversicherte

Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz 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 durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift oder durch individuelle Schreiben hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die 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. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach §§ 8 b, 12a oder 15 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der §§ 8b Absatz VI bzw. 12a Absatz VIII oder 15 Absätze XVII und XVIII gekündigt werden.

§ 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.

§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 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 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Absatz 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 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 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.

§ 8b Wahltarif Prämienzahlung

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§§ 20 und 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien.

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt im ersten Jahr 50 v. H., im zweiten Jahr 75 v. H. und ab dem dritten Jahr 100 v. H. von 1/12 der im Kalenderjahr gezahlten Beiträge. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im vierten Quartal des Jahres, das auf das Jahr folgt, für das die Prämie beantragt wird.

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

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

- I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Abweichend von Satz 1 erfolgt die Zahlung des Zusatzbeitrags für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V, deren Arbeitsentgelt 20 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigt, durch den Träger der Einrichtung. Die Betriebskrankenkasse kann mit Zustimmung des Mitgliedes mit dem Arbeitgeber des Mitgliedes vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes 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 Absatz II wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 2 zu dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II. Die von 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 Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für versicherungspflichtige, die eine Rente 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 u. 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

I. Pauschale Mahngebühr

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

Diese beträgt

- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 50,- EUR einschließlich 6,- EUR
- und vom Mehrbetrag eins vom Hundert.

II. Beitragsvorschüsse

- a) Die BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten oder in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.
- c) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 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 Absätze 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

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

Die Dauer ist auf 4 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, 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 gewährt

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 nicht angerechnet.

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 selbst beschaffte 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 Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

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

V. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme (schriftlich) zu informieren. 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 Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen 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 7,5 v. H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40 EUR, für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen

7. 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.

Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v. H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40 EUR, 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 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.

§ 12a 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 Absatz 1 und 2 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 Bewegungsprogramme

Ernährung:

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

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung
- Maßnahmen zur Entspannung

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens)
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- Maßnahmen zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten
- Maßnahmen zur Prävention des Drogenmissbrauchs

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 ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten für maximal 2 Maßnahmen in jedem der o. a. Behandlungsfelder gewährt. Der Finanzierungszuschuss darf den Betrag vom insgesamt 500 Euro je Kalenderjahr nicht übersteigen.

Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 550 EUR je Kalenderjahr.

§ 12b Schutzimpfungen

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V geführten Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H.:
 - -Hepatitis A und B
 - -FSME
 - -Rotaviren
 - -Menijokokken
 - -Gelbfieber
 - -Typhus
 - -Cholera
 - -Gebärmutterhalskrebs für Frauen im Altern von 11 – 25 Jahren.

Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten der Malaria prophylaxe in Höhe von 100 v. H.

2. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.
3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Absatz I gilt entsprechend.
4. Bei der Kostenerstattung sind zu leistende Eigenanteile sowie der Betriebskrankenkasse zustehende Rabatte zu berücksichtigen.

§ 12c 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.

§ 12d Wahltarif „BKK Arzt privat“

- 2.1. Durch Wahl des Tarifs „BKK Arzt privat“ per schriftlicher Erklärung gegenüber der BKK können Mitglieder, die Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V für den Bereich der ärztlichen Versorgung für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistungen wählen. Sie sind von der BKK vor ihrer Wahl umfassend über die Bedingungen zu beraten.
2. Die Wahl der Kostenerstattung im Rahmen des Tarifs „BKK Arzt privat“ ist auf den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V und auf denjenigen Kreis der Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten begrenzt, die ihre Teilnahme am Wahltarif „BKK Arzt privat“ erklärt haben. Dies gilt auch für ausländische Leistungserbringer, welche nach § 140e SGB V am Tarif teilnehmen. Eine Liste aller teilnehmenden Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten wird dem Mitglied bei Ausübung seines Wahlrechts ausgehändigt. Die jeweils aktuelle Liste wird auf der Homepage der BKK eingestellt / in den Geschäftsräumen der BKK ausgelegt.
3. Das Mitglied ist mindestens für 3 Jahre an die Wahl des Tarifs „BKK Arzt privat“ gebunden. Im Übrigen kann es den Tarif unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der BKK kündigen. Dem Mitglied steht ein Sonderkündigungsrecht nur in besonderen Härtefällen zu. Für die Dauer der Tarifteilnahme kann die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V nicht gekündigt werden.
- 4.4. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft zur BKK frühestens zum Ablauf einer dreijährigen Mindestbindungsfrist nach Ausübung des Wahlrechts zum Tarif „BKK Arzt privat“ gekündigt werden.

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

5. Die BKK übernimmt gegenüber dem Mitglied und dessen mitversicherten Familienangehörigen während der Teilnahme am Tarif „BKK Arzt privat“ die Verpflichtung, die Kosten aus dem Behandlungsvertrag mit den teilnehmenden Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten zu übernehmen. Ausgenommen hiervon sind diejenigen Kosten, die für eine Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskataloges entstanden sind und wo die im Rahmen des Tarifs vereinbarten GOÄ-Sätze überschritten werden. Von der Kostenübernahme unberührt bleibt der vom Mitglied und dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil sowie die Praxisgebühr.
- 6.6. Der vom Mitglied und dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil beläuft sich auf 10 v. H. des Rechnungsbetrages für die Erbringung der ambulanten ärztlichen Behandlung. Er ist der Höhe nach insgesamt (Mitglied inkl. Familienversicherter) begrenzt auf einen jährlichen Betrag von 160,-- €
- 7.7. Hinsichtlich der weiteren Präventions- und Krankenbehandlungsleistungen gilt insoweit das Sachleistungsprinzip uneingeschränkt, es sei denn, das Mitglied bzw. der Versicherte haben auch für diese Leistungsbereiche Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt.

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21 €.

§ 13a Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzerkrankung
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Inhalt und Ausgestaltung des Modellvorhabens 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 beginnt am Tag der Programmzulassung und ist auf 8 Jahre befristet.

§ 13b 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, 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.
2. 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. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.
3. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz 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 Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.
4. Versicherten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4

SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr. Voraussetzung ist, dass diese Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme des nach Absatz I gewählten Hausarztes geleistet worden sind.

5. Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt

§ 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

1. 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.

2. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige 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 dieses Verzeichnis zur Verfügung.

3. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

4. Versicherten, die an einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

1. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma

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.

2. Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma

Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach Satz 1 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13e Wahltarif integrierte Versorgung

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsleistungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
2. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsleistungen 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.
3. Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz 1 teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- 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 Jahres nachweisen, davon aber mindestens eine Maßnahme aus den Punkten 3 oder 4. Wenn der Versicherte in den Punkten 1 – 2 nicht zur Inanspruchnahme berechtigt ist, sind die Punkte 3 und 4 zusammen zu erfüllen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte aus den Punkten 4 – 8 einen weiteren Punkt nachweist:
1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Absatz 2 SGB V teil.
 3. Der Versicherte nimmt mindestens alle 2 Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch.
 4. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.
 5. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27.
 6. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
 7. Der Versicherte lässt mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchführen.
 8. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio oder Nachweis durch ein Sportabzeichen)

- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.
- III. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung in Höhe von 180 EUR gutgeschrieben, wenn bis zum 30.04. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Der Bonus wird bei Erfüllung jeder weiteren Voraussetzung aus den Punkten 3 – 4 um jeweils 20 EUR und aus den Punkten 5 - 8 um jeweils 15 EUR aufgestockt.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Voraussetzungen bei derselben BKK wird der Bonus jährlich um 10 v. H. erhöht, max. aber bis auf 300 EUR.

Weist der Versicherte im Rahmen der Teilnahme am Bonusprogramm die Inanspruchnahme einer professionellen Zahnreinigung oder zusätzliche Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und der Gesundheitsuntersuchung nach, wird ein zusätzlicher Bonus in Höhe von 80 v. H. der nachgewiesenen Kosten gewährt.

Statt einer Beitragsermäßigung kann der Versicherte auch eine Sachprämie wählen, deren Wert die Grenze von 100 EUR nicht unterschreiten und die Grenze von 250 EUR nicht überschreiten darf.

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

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten von Kindern

1. Versicherte Kinder, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1 – 3 vollständig mindestens einmal innerhalb eines Jahres nachweisen. Wenn das versicherte Kind in dem Punkt 1 nicht zur Inanspruchnahme berechtigt ist, sind die Punkte 2 und 3 zusammen zu erfüllen. Der Bonus wird erhöht, wenn das versicherte Kind aus den Punkten 4 - 6 einen weiteren Punkt nachweist:
 - a. Das versicherte Kind nimmt an den Kinderuntersuchung gem. § 26 SGB V teil.
 - b. Das versicherte Kind nimmt zweimal jährlich an Zahnprophylaxebehandlungen bzw. an Untersuchungen zur Feststellung des Mundhygienestatus teil.
 - c. Das versicherte Kind hat die von der Betriebskrankenkasse gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.
 - d. Das versicherte Kind nimmt mindestens alle 2 Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch.
 - e. Das versicherte Kind treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio oder Nachweis durch ein Sportabzeichen)
 - f. Der Body-Maß-Index des versicherten Kindes weicht nicht mehr als 10 v.H. vom Normalgewicht der Altersstufe ab
2. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.
3. Der Bonus wird dem versicherten Kind als Sachprämie in Höhe von 70 EUR gutgeschrieben, wenn bis zum 30.04. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Der Bonus wird bei Erfüllung jeder weiteren Voraussetzung aus den Punkten 4 – 6 um jeweils 10 EUR aufgestockt.

§ 14b Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

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

- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausbezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1. und 2. sowie mindestens zwei weitere Punkte nachweist:
 1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und / oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF.
 3. Es besteht seit mindestens 2 Jahren ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung einer Betriebskrankenkasse.
 4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 6. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
 7. Bei der BKK Dürkopp Adler versicherte Arbeitnehmer profitieren von den BGF-Maßnahmen.

- III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
1. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung einer Betriebskrankenkasse.
 2. Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 3. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein:
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche / Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - d) Betriebliches Vorschlagswesen.
- IV. Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:
1. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein:
 - a) Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
 - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
 - c) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
 - d) Ermöglichung von BKK-Check-ups während der Arbeitszeit
 - e) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
 - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
 - h) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
 - i) Gender und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z. B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.)

2. Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 3. Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 4. für mind. 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.
- V. Der Bonus aus Stufe 1, 2 und 3 erhöht sich in der Stufe 4 um die bei der Betriebskrankenkasse erzielten Einsparungen, wenn die Betriebskrankenkasse bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II bis IV durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende gesundheitsbezogenen Effekte ermittelt:
- Senkung des Krankenstandes
 - Senkung der Entgeltfortzahlung
 - Senkung der Arzneimittelausgaben
 - Senkung der Krankenhauskosten

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

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Die BKK Dürkopp Adler bietet

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

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

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

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

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift][und in den Betrieben, für die die Betriebskrankenkasse zuständig ist. In den regionalen Tageszeitungen sind Hinweise auf die Bekanntmachung zu veröffentlichen.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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

Artikel II

Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 14.12.2009 beschlossen.

Die Satzung tritt am 01.01.2010 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 29.06.2007 und die dazu ergangenen Nachträge 1 - 5 außer Kraft.

, den

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Anlage 1

Entschädigungsregelung

Anlage zu § 2 der Satzung

Die nachfolgende Entschädigungsregelung orientiert sich an der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung (§ 41 SGB IV) vom 11.02.1999 (Anlage 1) unter Berücksichtigung der Entschädigungssätze nach dem Landesreisekostengesetz (LRKG) und dem Einkommensteuergesetz. Als Anlage 2 und 3 sind Auszüge aus dem Landesreisekostengesetz und dem Einkommensteuergesetz beigefügt. Eine Anbindung an betriebliche Reisekostenregelungen ist möglich, soweit die Sozialpartnerempfehlung nicht überschritten wird.

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

Für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung der Betriebskranken-/Pflegekasse (einschließlich der An- und Abreise) werden Mitgliedern bzw. den stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gewährt:

Erstattung der Barauslagen

Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskostenerstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des Landesreisekostengesetzes gewährt.

Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, die das Übernachtungsgeld überschreiten, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Hin- und Rückreise in die niedrigsten Beförderungsklasse bei Eisenbahn- und Schiffsreisen sowie Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.) ersetzt. Die Kosten für die 1. Beförderungsklasse werden erstattet, bei Bahnreisen deren Dauer (einschließlich der Umsteigezeiten) mindestens drei Stunden beträgt.

Dabei werden gewährt:

- a) die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens; ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der frühen Ankunft und späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen oder beibehalten werden musste,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,
- c) bei der Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer der nach § 6 Absatz 1 des Landesreisekostengesetzes jeweils geltende Satz. Werden Personen, die gegen die Betriebskranken-/Pflegekasse einen Anspruch auf Fahrkostenerstattung haben, im Kraftwagen eines Organmitglieds mitgenommen, so wird je Person und gefahrenen Kilometer eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 € gezahlt.

§ 3 Erstattung des Verdienstaufalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

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

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

§ 4 Pauschbetrag für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 52,- €

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an den Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach § 1 gewährt.

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. § 4 Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrats, eines Ausschusses oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates tätig wird, wird nach § 1 entschädigt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 7 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats

Für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Betriebskranken-/Pflegekasse gelten über die allgemeinen Entschädigungsregelungen (§§ 1 bis 5) hinaus die folgenden Bestimmungen:

- a. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Die Höhe des monatlichen Pauschalbetrages errechnet sich nach dem Abschnitt B. II, Stufe 1 der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner.
- b. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrats erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag. Die Höhe des monatlichen Pauschalbetrages errechnet sich nach dem Abschnitt A. V.1., Stufe 1 der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner.

Anlage 2

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Anlage zu § 9b der Satzung

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der BKK Dürkopp Adler Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

Die BKK Dürkopp Adler erstattet den nach § 1 Absatz 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

Die BKK Dürkopp Adler erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag:

100 vom Hundert des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie

100 vom Hundert des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.

Zusätzlich zu der Erstattung nach Abs. 1 werden dem Arbeitgeber die von diesem zu tragenden Beiträge nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG pauschaliert in Höhe von 10 vom Hundert des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet. Hinsichtlich der Erstattung nach Abs. 2 Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesen zu tragenden Beiträgen nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG pauschaliert in Höhe von 10 vom Hundert des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die BKK Dürkopp Adler verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).

§ 4 Umlagebeitragssätze

Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt 1,9 vom Hundert für den allgemeinen Erstattungssatz,

Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,25 vom Hundert.

§ 5 Kostenersatz

Die BKK Dürkopp Adler erhält als Ausgleich für den für die Ausgleichskasse erbrachten Verwaltungsaufwand einen Aufwandsersatz in Höhe von 4 v.H. der Beitragseinnahmen für die U1 und die U2.

§ 6 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der BKK Dürkopp Adler gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§ 7 Organe, Zusammensetzung

Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK Dürkopp Adler obliegt dem Vorstand entsprechend der in der Geschäftsordnung des Vorstandes festgelegten Geschäftsverteilung. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskassen gerichtlich und außergerichtlich.

In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgebераufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 8 Haushaltsplan

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 AAG).

§ 9 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 10 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Anlage 3

Wahltarife Krankentagegeld

Teilnahme

Die BKK Dürkopp Adler bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld als Entgeltersatz für Einnahmen i.S.d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.

Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Dürkopp Adler erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Dürkopp Adler folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.

Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.12.2009 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der BKK Dürkopp Adler vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. 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. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V

frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK Dürkopp Adler.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

Die Mitglieder müssen die BKK Dürkopp Adler unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Dürkopp Adler aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Dürkopp Adler haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.

Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Dürkopp Adler nachzuweisen und die BKK Dürkopp Adler über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten iSv § 53 Abs. 6 SGB V

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

Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.

Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

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

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

Anspruch

Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Dürkopp Adler bestehen. Für nach dem KSVG Versicherten und Versicherte iSd § 44 Abs.2 S.1 Nr. 3 SGB V besteht ein Anspruch nur, wenn zum Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ein Beschäftigungsverhältnis besteht. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.

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. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld

bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit

bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.

Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.

Für den Anspruch auf Krankentagegeld 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. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Dürkopp Adler nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Dürkopp Adler kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt

wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird

- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Dürkopp Adler

Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Dürkopp Adler an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein

Krankengeld bezogen wird, auch kein Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

Anspruch auf Krankentagegeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankentagegeld im Künstler-/Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

Die Höhe des Krankentagegeldes können die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Dürkopp Adler eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Dürkopp Adler eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Die BKK Dürkopp Adler kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der

Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.

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

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

Wechsel

Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Kran-

kentagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Dürkopp Adler nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Dürkopp Adler folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Dürkopp Adler über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.