



Betriebskrankenkasse

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Satzung

**in der Fassung des
15. Nachtrages
vom 21.12.2021**

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2	Verwaltungsrat	4
§ 3	Vorstand	7
§ 4	Widerspruchsausschuss.....	8
§ 5	Kreis der versicherten Personen	9
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	13
§ 7	Aufbringung der Mittel	14
§ 8	Beiträge	14
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	14
§ 9 a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	14
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	15
§ 11	Höhe der Rücklage	15
§ 12	Leistungen	16
§ 12 a	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	19
§ 12 b	Schutzimpfungen	20
§ 12 c	Leistungsausschluss	20
§ 12 d	Zusätzliche Leistungen	21
§ 12 e	Ärztliche Zweitmeinung	29
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen	30
§ 13 a	Wahltarif – Hausarztzentrierte Versorgung	30
§ 13 b	- nicht belegt -	30
§ 13 c	Wahltarif – Strukturierte Behandlungsprogramme	31
§ 13 d	Wahltarif – Integrierte Versorgung	31
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	32
§ 14 a	Qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	33
§ 14 b	Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	34
§ 15	Wahltarife – Krankengeld	35
§ 16	Kooperation mit der PKV	40
§ 17	Aufsicht	40
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband	40
§ 19	Bekanntmachungen / Veröffentlichung nach § 305b SGB V	40

Artikel II

Inkrafttreten	41
----------------------------	----

Anmerkung:

In dieser Satzung sind bei der Bezeichnung von Ämtern und Funktionen stets alle Geschlechter gemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Nennung aller Formen verzichtet.

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1

Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK EUREGIO

Sie ist im Jahre 1896 errichtet worden. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 52525 Heinsberg, Boos-Fremery-Straße 66.

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgenden Betrieb:

Teijin Carbon Europe GmbH, Heinsberg

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

§ 2

Verwaltungsrat

- (1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. Januar des Kalenderjahres.

- (2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder

4 Versichertenvertreter und
4 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

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 Vorstands vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstands 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 über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.

- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (6) Die Betriebskrankenkasse erstattet den Mitgliedern des Verwaltungsrates gemäß § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB IV ihre baren Auslagen. Nach § 41 Abs. 3 Satz 2 SGB IV erhält der Vorsitzende des Verwaltungsrates für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 2,5 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV), aufgerundet auf volle €. Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1,25 v. H. der monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle €.

Die Betriebskrankenkasse ersetzt den Mitgliedern des Verwaltungsrates gemäß § 41 Abs. 2 SGB IV den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst und erstattet ihnen die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI.

- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (9) Der Verwaltungsrat kann 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.

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.

(10) Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

§ 3

Vorstand

- (1)** Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- (2)** Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3)** Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers 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.
- (4)** Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4

Widerspruchsausschuss

- (1)** Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Heinsberg.

- (2)**
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 1 Vertreter der Versicherten und 1 Vertreter der Arbeitgeber, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat zwei 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 dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. 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.

- (3)** Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten für die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses entsprechend.

- (4)** Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- (5)** Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5

Kreis der versicherten Personen

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 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 (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, § 5 Abs. 5a 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 Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten 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, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, 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; auf die erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I) eine Zeit von drei Jahren angerechnet,
12. Personen, die eine selbstständige 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 Rentenanspruchs 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 die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI oder
 - b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder die Voraussetzungen der Nummer 11,
15. Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, die für die Versicherungspflicht geforderten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen.
16. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 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 Nr. 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,

4. 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 35 Jahre alt sind,
 5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
 6. 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 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- (3)** Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Abs. 2 der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist oder
 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 oder
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind oder
 6. sie bei der Betriebskrankenkasse bzw. einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

(4) 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

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Betriebskrankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242 a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- (3) Abs. 1 Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil

 - a) die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil
 - b) keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

Im Fall a) gilt Abs. 1 Satz 6 nicht.

Im Fall a) endet die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tag vor Beginn des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V, ggf. auch rückwirkend. Im Fall b) gilt die Kündigungsfrist nach Abs. 1 Satz 3.

- (4) Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 15 Abs. 17, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. 2 gilt hier nicht.

§ 7

Aufbringung der Mittel

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

§ 8

Beiträge

Für die Bemessung, Tragung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge gelten die Vorschriften des SGB, die sonstigen für die Krankenkassen verbindlichen Regelungen und die folgenden Bestimmungen der Satzung.

§ 9

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 0,35 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

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

§ 10

Fälligkeit der Beiträge

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

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

- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen 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.
- (3) 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 und 2 SGB V).

§ 11

Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12

Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- 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 § 29 SGB IX.

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

(2) Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Monat 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 Leistung ist auf längstens 60 Leistungstage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - a) 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,
 - b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für 60 Leistungstage innerhalb eines Jahres gewährt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzu-
sehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener
Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine
Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den
Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu
den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

(5) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung
wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme 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 Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner
Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Be-
schränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Eine Been-
digung ist anschließend nur mit Wirkung für die Zukunft möglich.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifi-
zierte Original-Rechnungen und durch ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Be-
triebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hät-
te. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5. v. H., maximal 50,00 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. 5 Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12 a

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

- (1) Die Betriebskrankenkasse fördert bzw. bezuschusst Maßnahmen, die Versicherte dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen (primäre Prävention) und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken (Gesundheitsförderung).
- (2) Die Ausgestaltung der Leistungen entspricht den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:
 - 1. Bewegungsgewohnheiten mit den Präventionsprinzipien**
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
 - 2. Ernährung mit den Präventionsprinzipien**
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 - 3. Stressmanagement mit den Präventionsprinzipien**
 - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 - Förderung von Entspannung
 - 4. Suchtmittelkonsum mit den Präventionsprinzipien**
 - Förderung des Nichtrauchens
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums
- (3) Die Förderung bzw. Zuschussung einer der o. g. Leistungen ist
 - auf zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt und
 - nur möglich, wenn diese von der Zentralen Prüfstelle Prävention (beauftragte Stelle nach § 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V) zertifiziert ist.
- (4) Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.
- (5) Leistungen von Fremdanbietern werden bei Vorlage einer Bescheinigung über die regelmäßige Kursteilnahme (mindestens 80 v. H.) in voller Höhe, maximal bis zu einem Betrag von 200,00 € je Kalenderjahr je Versicherten gefördert bzw. bezuschusst.

§ 12 b

Schutzimpfungen

- (1) Die BKK übernimmt über die Leistungspflicht nach § 20 i Absatz 1 SGB V hinaus die von den Versicherten durch Vorlage der Rechnung nachgewiesenen Kosten
- für Gripeschutzimpfungen.
 - für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
 - für Schluckimpfungen gegen Rotaviren bei Kindern bis zur Vollendung der 32. Lebenswoche.
 - für Schutzimpfungen gegen HPV bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.
- (2) Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers oder anderer Kostenträger fällt.

§ 12 c

Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen 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 einschalten.

§ 12 d

Zusätzliche Leistungen

Die BKK stellt auf Grundlage des § 11 Abs. 6 SGB V die nachfolgenden zusätzlichen Leistungen zur Verfügung. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den folgenden Regelungen.

1. Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen

Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die BKK die Kosten für folgende von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder Krankenhausärzten durchgeführte, veranlassete oder direkt von der Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von insgesamt maximal 100,00 € je Schwangerschaft:

- Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer
- Nackenfaltenmessung
- Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien
- Triple-Test
- Nicht invasive pränatale Tests (NIPT), sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien
- Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken
- Zytomegalie-Test
- B-Streptokokkenuntersuchung

sowie zusätzlich:

- bis zu 85,00 € je Schwangerschaft für Geburtsvorbereitungskurse des Ehemannes bzw. Partners sowie
- bis zu 50,00 € je Schwangerschaft für ph-Wert-Testhandschuhe

Darüber hinaus haben versicherte schwangere Frauen vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,00 € einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

Zur Erstattung sind jeweils die spezifizierten Rechnungen/Nachweise einzureichen.

2. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Über die in §§ 31 und 34 SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die BKK die Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 75 v. H., insgesamt maximal 150,00 € kalenderjährlich, wenn diese durch einen Arzt verordnet wurden. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erfasst. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

Zur Erstattung sind der BKK die spezifizierten Rechnungen/Nachweise der Apotheke und die ärztliche Verordnung einzureichen.

3. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen oder von der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. (GTUM) als Taucherärzte anerkannt sind.

Die BKK erstattet 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch insgesamt nicht mehr als 150,00 €. Eine erneute Bezuschussung ist frühestens mit Ablauf des auf die Inanspruchnahme der Untersuchung oder Beratung folgenden Kalenderjahres möglich.

Zur Erstattung sind jeweils die spezifizierten Rechnungen/Nachweise einzureichen.

4. Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen (einschließlich diagnostischer Behandlungen und Beratungen) je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden pro Sitzung 80 v. H. der nachgewiesenen Kosten, jedoch nicht mehr als 60,00 €.

Zur Erstattung sind Rechnungen/Nachweise sowie die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

5. Erweiterte Vorsorge für Kinder

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum 3. Lebensjahr Anspruch auf kalenderjährlich maximal zwei Kurse aus folgenden Bereichen:

- Babyschwimmen, welches durch Personen erbracht wird, die die Ausbildung zum „zertifizierten Kursleiter Säuglings- und Kleinkinderschwimmen“ (SKS) des Deutschen Schwimm Verband e. V. (DSV), des Bundesverbandes für Aquapädagogik oder eine mindestens vergleichbare Qualifikation besitzen,
- Babymassage, die durch
 - Ärzte,
 - Heilpraktiker, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen,
 - Physiotherapeuten, die eine ordentliche Mitgliedschaft beim Deutschen Verband für Physiotherapie oder im Verband Physikalische Therapie nachweisen können oder
 - Hebammen oder Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger mit entsprechender Fortbildungerbracht wird,
- Pecip,
- Kidix.

Erstattet werden 100 v. H. des Rechnungsbetrages, gegebenenfalls zuzüglich nachgewiesener Eintrittsgelder in diesem Zusammenhang, insgesamt maximal 150,00 € je Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind die folgenden Unterlagen einzureichen:

1. Rechnungen/Nachweise mit den Mindestinhalten: Name, Vorname, Geburtsdatum oder Anschrift des Kindes; Anbieter, Kursleitung, Kursbeginn und Kursende, Kurseinheiten sowie Kursgebühr.
2. Bestätigung über die regelmäßige Kursteilnahme (mindestens 80 v. H.).

6. Zusätzliche Hilfsmittel für Kinder

Versicherte bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres haben über die in § 33 SGB V geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus für insgesamt maximal 100,00 € jährlich Anspruch auf eine Versorgung mit Neurodermitis-Schutzkleidung. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung.

7. Sportzahnschutzschiene

Die BKK erstattet Versicherten als individuellen Zahn-/Mundschutz so genannte Zahnschutzschienen im Rahmen der Prävention bei Risikosportarten mit erhöhtem Verletzungsrisiko zum Schutz vor Zahnbeschädigung bzw. Zahnverlust sowie Verletzung des umgebenden Gewebes.

Erstattet werden einmal im Kalenderjahr 80 v. H. der Kosten, maximal 80,00 €. Eine erneute Bezuschussung ist frühestens mit Ablauf des auf die Erstattung folgenden Kalenderjahres möglich. Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Vertragszahnarzt veranlasst wird.

Zur Erstattung sind die Rechnungen/Nachweise vorzulegen.

8. Stationäre Vorsorgeleistung für Lebendorganspender

Bei der BKK versicherte Lebendorganspender erhalten zur Regenerierung ihrer Gesundheit sowie zur Vermeidung ambulanter Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Organentnahme nach vorheriger Bewilligung eine stationäre Vorsorgeleistung entsprechend § 23 SGB V. § 23 Abs. 6 SGB V findet keine Anwendung.

Eine stationäre Vorsorgeleistung kommt nur in Betracht, sofern nach den für andere Leistungsträger geltenden Vorschriften keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt wird.

9. Flash Glukose Messsystem

Versicherte haben unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf Versorgung mit einem Flash Glukose Messsystem, bestehend aus den erforderlichen Sensoren sowie einem Auslesegerät:

- a) Die Versicherten führen eine intensivierete konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
- b) Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:
 - Fachärzte für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".
- c) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.
- d) Die BKK hat der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
- e) Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -bezieharen Daten der Versicherten möglich.

Die BKK übernimmt dann die Kosten für den alle zwei Wochen notwendigen neuen Sensor sowie einmalig die Kosten für das Auslesegerät. Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.

Ein Anspruch auf Versorgung mit bzw. Bezuschussung von Handys, Smartphones oder anderen Geräten, mit denen das Auslesen der Glukosewerte z. B. mittels App ebenfalls möglich ist, besteht nicht.

10. Antiallergene Bettbezüge

Versicherte haben für sich selbst und eine weitere in demselben Zimmer schlafende Person Anspruch auf einen Zuschuss zu den Anschaffungskosten eines Sets allergendichter Betausstattung (Encasings). Ein Encasing-Set besteht aus einem Kissenbezug, einem Bezug für die Bettdecke und einem Matratzenbezug.

Voraussetzung ist, dass die Versicherten an einer Hausstaubmilbenallergie leiden, die von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärzten bestätigt wird.

Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal pro Set 40,00 €. Eine erneute Bezuschussung ist frühestens nach Ablauf des fünften auf die Erstattung folgenden Kalenderjahres möglich.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen sowie die ärztliche Bestätigung einzureichen.

11. Professionelle Zahnreinigung

Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuss zu den Kosten professioneller Zahnreinigung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte Zahnärzte oder zahnmedizinische Fachkräfte mit spezieller Qualifikation (z. B. Prophylaxeangestellte und Dentalhygieniker) erfolgt.

Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal 60,00 € pro Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen einzureichen.

12. Kariesschutz bei kieferorthopädischer Behandlung

Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Apparaturen im Sinne des § 29 Abs. 1 SGB V vor Anbringung und nach Entfernung dieser festsitzenden Apparaturen jeweils Anspruch auf einen Zuschuss zu einer Glatflächenversiegelung.

Voraussetzung ist, dass ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Zahnarztes vorliegt und die Leistung im Zusammenhang mit dieser kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird. Voraussetzung für den Anspruch nach Entfernung der festsitzenden Apparaturen ist zusätzlich, dass die Behandlung ordnungsgemäß abgeschlossen wurde.

Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal jeweils 60,00 €.

Zur Erstattung ist jeweils eine spezifizierte diesbezügliche Rechnung einzureichen.

13. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

Versicherte haben auf Basis von § 23 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu den folgenden Vorsorgeuntersuchungen, die nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab als abrechnungsfähige Leistungen enthalten sind:

- Erweiterte Krebsvorsorge (insbesondere Ultraschalluntersuchungen, Mammographie-Screening, PSA-Test, Pap-Abstrich, Haut-Screening)
- Erweiterte augenärztliche Vorsorge (insbesondere Glaukom-Früherkennung, AMD-Früherkennung, OCT, Amblyopie-Screening)
- Erweiterte Vorsorge gegen Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere präventiver Gesundheits-Check-Up, Ultraschalluntersuchungen)
- Zusätzliche Laboruntersuchungen im Rahmen der o. a. erweiterten Vorsorge
- Knochendichtemessungen im Rahmen der Osteoporosevorsorge

Voraussetzung ist, dass die Vorsorgeuntersuchung notwendig ist, um

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchungen gilt durch die Erbringung des Arztes, die Inanspruchnahme sowie die schriftliche Begründung und Bestätigung der Versicherten im Antrag als nachgewiesen. Bei begründeten Zweifeln können weitere Nachweise gefordert werden.

Voraussetzung ist ferner, dass die Untersuchungen durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Ärzte oder Zahnärzte erfolgen und die Leistung nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist.

Erstattet werden für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen die tatsächlichen Kosten, jedoch insgesamt je Versicherten maximal 60,00 € pro Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind das entsprechende Antragsformular sowie spezifizierte Rechnungen einzureichen.

14. Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Versicherte haben Anspruch auf ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Es werden maximal die Kosten übernommen, die bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine den nachfolgenden Vorgaben entsprechende Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

Die BKK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

Die BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BKK stellt den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

15. Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Die BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
- b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die BKK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme schriftlich zugestimmt.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

Mit der Zustimmung nach Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 12 e

Ärztliche Zweitmeinung

- (1) Über den Anspruch nach § 27 b Abs. 1 SGB V hinaus können Versicherte im Rahmen des § 27 b Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung in Anspruch nehmen.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK hierfür eine Kooperationsvereinbarung geschlossen hat, die diese Leistungen einschließt. Bei dieser Kooperationsvereinbarung ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten. Die Leistungserbringer müssen über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zumindest eine qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
- (3) Die BKK führt ein Verzeichnis über abgeschlossene Kooperationsvereinbarungen. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu den Fachbereichen (Indikationen) für die eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden kann. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BKK stellt den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (4) Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen einzureichen.

§ 13

Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.

§ 13 a

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 2 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 2 kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 2 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 13 b

- nicht belegt -

§ 13 c

Wahltarif – Strukturierte Behandlungsprogramme

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

- (2) 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.

§ 13 d

Wahltarif – Integrierte Versorgung

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- (2) Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 14

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(1) Bonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V:

1. Versicherte erhalten einen Geldbonus, wenn sie
 - a) Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25 a und 26 SGB V oder
 - b) Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20 i SGB Vin Anspruch nehmen.
2. Der Geldbonus beträgt 10,00 € je in Anspruch genommener Leistung. Für jede Leistung wird der Bonus pro Kalenderjahr nur einmal gewährt.
3. Wenn die Summe aller Boni 100,00 € je Kalenderjahr überschreiten sollte, erfolgt eine Quotierung der Bonifizierung mit der Folge, dass max. 100,00 € je Kalenderjahr ausgezahlt werden.
4. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des behandelnden Arztes.

(2) Bonus nach § 65 a Abs. 1 a SGB V:

1. Versicherte erhalten einen Geldbonus, wenn sie
 - a) Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen haben, die von der Betriebskrankenkasse nach § 12 a der Satzung bezuschusst wurden oder
 - b) mindestens einmal kalenderjährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben.
2. Der Geldbonus beträgt
 - a) bei Inanspruchnahme von Leistungen nach 1 a) 10,00 € je durchgeführter und bezuschusster Maßnahme nach § 12 a der Satzung,
 - b) bei Inanspruchnahme einer Leistung nach 1 b) 10,00 € bei entsprechendem Nachweis durch Bestätigung des behandelnden Zahnarztes.

§ 14 a

Qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit den Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern. Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind. Die maximale Höhe des Bonus für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten.
- (2) Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit interessierten Betrieben oder Betriebsteilen einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonussystems im Einzelnen regelt.
- (3) Mitglieder der Betriebskrankenkasse haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers mit dem ein Vertrag nach Nummer 1 besteht
 - a) zur Bewegungsförderung der Beschäftigten
 - b) zur gesundheitsgerechten Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag
 - c) zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb
 - d) zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen, welche mit maximal 15 Teilnehmern und einer Gesamtdauer von mindestens 6 Zeitstunden durchgeführt werden. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach Nummer 2 ab. Der Bonus wird dem Mitglied auf Antrag ausgezahlt.

§ 14 b

Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- (1)** Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- (2)** Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der Betriebskrankenkasse für die Versicherten tätig wird.
- (3)** Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Betriebskrankenkasse.
- (4)** Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15

Wahltarife – Krankengeld

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres.
- (2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs.

Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Abs. 15), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich im Falle des Abs. 15 nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeldwahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

- (4) - nicht belegt -
- (5) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- (6) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf Grund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend.
- (7) Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 - mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 16 oder 17,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.
 - mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres.
- Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.
- (8) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
1. bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 2000 Euro 15 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG 15),
 2. bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich mehr als 2000 Euro 25 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG 25).

- (8a)** Die in § 46 Satz 4 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld (Tarifschlüssel KG 99) in der Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).
- (9)** Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitskommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- (10)** Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 5 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
- (11)** Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund derselben Erkrankung für längstens 546 Tagen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 18 oder 19 unbeachtlich.
- (12)** Abweichend von Abs. 11 besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Bei der Berechnung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach Abs. 11 werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt.

- (13) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens einem Jahresbeitrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- (14) Die §§ 16 Abs. 1-3a und §§ 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65-67 SGB I entsprechend.
- (15) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch 3 Monate, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue einjährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.
- (16) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz 17 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (17) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.
- (18) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt des Wechsels keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 von drei Kalendermonaten.

- (19) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz 9 die in Absatz 8 genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt.
- (20) Die Höhe der zu zahlenden jährlichen Prämie für die Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V beträgt in den Tarifen

Tarifschlüssel	EUR
KG 15	300,00
KG 25	420,00

- (20a) Die Höhe der zu zahlenden jährlichen Prämie für die Mitglieder nach § 46 Satz 4 SGB V beträgt in dem Tarif

Tarifschlüssel	EUR
KG 99	360,00

- (21) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt nach Absatz 22. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/360 des Jahresbeitrages zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z.B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.
- (22) Die Prämie wird jeweils jährlich im Voraus fällig, spätestens am fünften Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Jahr.
- (23) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- (24) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16

Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17

Aufsicht

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

§ 18

Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19

Bekanntmachungen / Veröffentlichung nach § 305b SGB V

- (1)** Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie nachrichtlich auf der Internetseite der Betriebskrankenkasse.
- (2)** Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz und darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben.
- (3)** Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung der nächsten Jahresrechnungsergebnisse eingestellt.
- (4)** Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts sowie für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche. 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. Juli 2011 beschlossen.

Die Satzung tritt am 01.08.2011 in Kraft.

Die Regelung des § 4 Abs. 2 tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 11. September 2007 und die dazu ergangenen Nachträge Nr. 1 bis 5 außer Kraft.

Heinsberg, den 14. Juli 2011

Ralf Clemens
Verwaltungsratsvorsitzender
Versichertenvertreter

Jakob Wöllenweber
Alternierender Vorsitzender
Arbeitgebervertreter

Redaktioneller Hinweis:

1. Nachtrag vom 01.09.2011 (Änderung § 1 Abs. 2) → in Kraft ab 01.10.2011
2. Nachtrag vom 31.05.2012 (Einfügung § 12 d, § 12 e) → in Kraft ab 01.01.2012
3. Nachtrag vom 16.05.2013 (Änderung § 6 Abs. 3, § 12 b Abs. 1, § 12 d Nr. 1, § 12 d Nr. 3 vierter Absatz, Anfügung Nr. 5 nach § 12 d Nr. 4, Streichung von § 13 c Abs. 3 und § 13 d Abs. 3) → in Kraft ab 01.01.2013
4. Nachtrag vom 18.12.2014 (Änderung § 6 Abs. 2, § 9, § 10 Abs. 1 und 2, § 11, § 12 b Abs. 1 sowie § 14 Abs. 3 und Änderung § 19) → in Kraft ab 01.01.2015
→ in Kraft ab 01.11.2014
5. Nachtrag vom 24.09.2015 (Änderung § 12 a Abs. 1, § 12 b, § 12 d Nr. 3, § 13, § 14 sowie Anfügung Nr. 6, Nr. 7, Nr. 8 nach § 12 d Nr. 5) → in Kraft ab 01.01.2016

-
6. Nachtrag vom 21.12.2015 (Änderung § 9) → in Kraft ab 01.01.2016
7. Nachtrag vom 08.09.2016 (Änderung § 6 Abs. 3, § 12 e, § 14 Abs. 1 sowie Streichung § 8 a und Einfügung § 14 a) → in Kraft ab 01.11.2016
8. Nachtrag vom 19.12.2017 (Änderung § 9, Anfügung Nr. 9 nach § 12 d Nr. 8) → in Kraft ab 01.01.2018
9. Nachtrag vom 15.05.2018 (Anfügung Anmerkung nach Übersicht zur Satzung, Änderung § 6 Abs. 4, § 12 d Punkte 4 und 5, § 14 Abs. 3, § 17) → in Kraft ab 01.07.2018
10. Nachtrag vom 04.09.2018 (Änderung § 1 Abs. 2, Änderung § 12 d Nr. 1 bis 5 und 7, Änderung § 14 Abs. 3, Einfügung § 14 b) → in Kraft ab 01.10.2018
11. Nachtrag vom 18.12.2018 (Änderung § 12 a Abs. 3, § 12 b Abs. 1, § 12 d Nr. 4 und § 14 Abs. 3) → in Kraft ab 01.10.2018
(Änderung § 9, § 15 Abs. 20 und 20a) → in Kraft ab 01.01.2019
12. Nachtrag vom 17.12.2020 (Einfügung § 5 Abs. 1 Nr. 14, → in Kraft ab 01.01.2021
Änderungen § 1 Abs. 1, § 5 Abs. 2 Nr. 4, § 6, § 8, § 11, § 12 Abs. 2, § 12 Abs. 5 Nr. 2, 3, 7, § 12 a, § 12 b Abs.1, § 12 d Nr. 1, 3, 5, § 12 e Abs. 1 Nr. 1, § 14, § 14 a Abs. 2, Streichung § 13 b, § 15 Abs. 4 sowie diverse redaktionelle Anpassungen)
13. Nachtrag vom 01.06.2021 (Ergänzung § 12 d Nr. 1, → in Kraft ab 01.01.2021
Änderungen § 12 d Nr. 3, (rückwirkend)
Anfügung Nr. 10, 11, 12, 13, 14, 15 nach § 12 d Nr. 9, Änderung § 12 e)
14. Nachtrag vom 07.09.2021 (Ergänzung § 12 d Nr. 1, → in Kraft ab 01.10.2021
Änderung § 12 d Nr. 13)
15. Nachtrag vom 21.12.2021 (Änderung § 2 Abs. 2) → in Kraft mit Beginn der 13. Wahlperiode
(Wahltag: 31.05.2023)
(aktuelle Besetzung des Verwaltungsrates in der noch laufenden 12. Wahlperiode: 5 Versichertenvertreter und 5 Vertreter der Arbeitgeber)