

**Satzung der**

**pronova BKK**  
**Körperschaft des öffentlichen Rechts**

in der Fassung des Satzungsnachtrages 10 gültig ab 01.01.2014

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Stundung und Erhebung von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträgen
- § 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 11 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 12 Fälligkeit der Beiträge
- § 13 Erhebung von Mahngebühren
- § 14 Höhe der Rücklage
- § 15 Leistungen
- § 16 Primärprävention
- § 17 Schutzimpfungen
- § 18 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 19 Leistungsausschluss
- § 20 Modellvorhaben strukturierte Behandlungsprogramme
- § 21 Wahltarif Selbstbehalt
- § 22 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 23 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 25 Wahltarif integrierte Versorgung
- § 26 Wahltarif Krankengeld
- § 27 Bonus für Versicherte, die an Leistungen der Früherkennung von Krankheiten und der Primärprävention teilnehmen

§ 28 Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

§ 29 Kooperation mit der PKV

§ 30 Aufsicht

§ 31 Mitgliedschaft zum Landesverband

§ 32 Bekanntmachungen

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

#### **Anlagen zur Satzung zu**

**§ 1**

**§ 2**

**§ 27**

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

#### § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

**pronova BKK.**

Sie ist aus der Vereinigung der pronova BKK mit der BKK DER PARTNER hervorgegangen.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf alle in Anlage zu § 1 der Satzung aufgeführten Betriebe.
- III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf das gesamte Bundesgebiet.

## § 2 Verwaltungsrat

- I.
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Abweichend hiervon und von § 49 Abs. 1 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 Absatz 1 SGB IV) bei ihm Beschäftigten und bei der pronova BKK versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter, die unterschiedlichen Gruppen angehören.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils zum 01. Januar, erstmalig am 01.01.2011.

- II. Dem Verwaltungsrat gehören als Mitglieder 15 Vertreter der Versicherten und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jedes Mitglied hat 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. 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 Rechnungsführung.
  4. den Vorstand und den Vorstandsvorsitzenden zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes gemeinsam durch seine Vorsitzenden vertraglich zu regeln,
  5. den Vorstand zu überwachen,
  6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
  7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

8. über 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.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- X. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen.

Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

## § 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören 2 Mitglieder an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die BKK alleine zu vertreten.

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. den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
  - 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
  - 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen 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 und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstandsvorsitzende.

## § 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen.
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus acht Vertretern der Versicherten der Betriebskrankenkasse mit je einer Stimme und vier Vertretern der Arbeitgeber mit je zwei Stimmen. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglieder 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. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Widerspruchsausschuss bestimmt einen Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
  6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens zwei Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend und stimmberechtigt sind.
  8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Der Stimmenanteil der anwesenden Arbeitgebervertreter wird auf den der anwesenden Versichertenvertreter festgesetzt. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 OWiG wahr.



## § 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
  2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV. 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 und III 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 Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
  5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
  6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und die pronova BKK am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.
- V. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- 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 der erstmaligen Fälligkeit 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 Zusatzbeitrages und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. 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 § 21 oder § 26 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der §§ 21 Abs. VI oder 26 Abs. XVI 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 Beiträgen (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

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

## **§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

- I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Betriebskrankenkasse kann mit dem Arbeitgeber des Mitgliedes vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes wird durch diese Vereinbarung nicht aufgehoben. 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.
- 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 ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Absatzes II im vollen Umfang erhoben.

## **§ 11 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichgesetz**

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 des Aufwendungsausgleichgesetzes (AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu § 11 dieser Satzung, deren Bestandteil sie ist.

## § 12 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
- II. Der Arbeitgeber kann abweichend von Absatz I 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.
- III. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- IV. 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 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).



## § 13 Erhebung von Mahngebühren

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

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

Für Amtshandlungen im Rahmen der Zwangsvollstreckung werden Kosten (Gebühren und Auslagen) nach § 19 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes erhoben.

## **§ 14 Höhe der Rücklage**

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

## § 15 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 einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

### II. Häusliche Krankenpflege

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

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

### III. Haushaltshilfe

Die Betriebskrankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird für dieselbe Erkrankung für höchstens 60 Leistungstage gewährt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V. Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 SGB V wird auch dann gewährt, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sofern die übrigen Voraussetzungen von § 38 Abs. 1 SGB V erfüllt sind.

### IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in

Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
  3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
  4. 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.
  5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung jederzeit beenden, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
  6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten, höchstens 40,00 EUR zu kürzen.
  7. Ist die Inanspruchnahme einer Leistung als Sach- oder Dienstleistung von der vorherigen Genehmigung der Betriebskrankenkasse abhängig, ist diese Genehmigung auch von Versicherten einzuholen, die Kostenerstattung gewählt haben.
- V. Leistungen in Mitgliedstaaten der EU, anderen Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz
1. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- und Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschalbetrages 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. Abs. IV Nr. 3, 4 und 7 gelten entsprechend. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse ent-

sprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

2. Abweichend von Nr. 1 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Betriebskrankenkasse im Inland erlangt werden kann.

## VI. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und –vergütung wird das 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.

## VII. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Versicherte können unter den Voraussetzungen von § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel gegen Kostenerstattung erhalten als dasjenige,
  - a) für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
  - b) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Die Betriebskrankenkasse erstattet dem Versicherten die Kosten im Einzelfall nach §§ 13 Abs. 2, 129 Abs. 1 SGB V. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung besteht nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und die Verordnung vorzulegen.
3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht auf mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, muss der Versicherte selbst tragen. Die Abschläge für die der Betriebskrankenkasse entstehenden Mehrkosten werden pauschaliert. Vom Rechnungsbetrag werden 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels, weitere

27,5 v. H. als Abschlag für entgangene Vertragsrabatte, weitere 10 v. H., mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, als Zuzahlungen nach § 61 SGB V sowie von dem verbleibenden Betrag 5 v. H., höchstens 40,00 EUR für Verwaltungskosten nach § 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V abgezogen.

## VIII. Kostenerstattung Osteopathie

1. Versicherte haben Anspruch auf Kostenerstattung für die Inanspruchnahme osteopathischer Leistungen, sofern die Behandlung geeignet ist, um Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, soweit die Behandlungsmethode nicht durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung durch die Bescheinigung eines Arztes empfohlen wurde und qualitätsgesichert durch einen Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt zu einem Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Der Anspruch entsteht durch Vorlage der Originalrechnung des Leistungserbringers und der ärztlichen Bescheinigung. Er ist begrenzt auf höchstens sechs Behandlungseinheiten im Kalenderjahr und 80 Prozent der Behandlungskosten, jedoch nicht mehr als 56,00 EUR pro Behandlungseinheit.

## IX. Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen

Über die Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse für die von Ärzten durchgeführte Vorsorgeleistungen Kinderuntersuchung „U10“, Kinderuntersuchung „U11“, die Jugenduntersuchung „J1“ sowie die Jugenduntersuchung „J2“ 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal jedoch 50,00 EUR je Untersuchungsart. Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen. Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (zum Beispiel Auffälligkeit der Atmungsorgane, der geistig-seelischen Entwicklung, des Wachstums, des Knochenbaus) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

## X. Hebammenhilfe

Einer Versicherten, die während der Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die Betriebskrankenkasse Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,00 EUR einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist die Originalrechnung der Hebamme vorzulegen.

*Satzungsnachtrag Nr. 3 vom 10.06.2011 zu § 15, in Kraft ab 01.07.2011  
Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 20.12.2011 zu § 15, in Kraft ab 01.01.2012  
Satzungsnachtrag Nr. 6 vom 06.09.2012 zu § 15, in Kraft ab 01.01.2012  
Satzungsnachtrag Nr. 7 vom 13.12.2012 zu § 15, in Kraft ab 11.01.2013  
Satzungsnachtrag Nr. 10 vom 13.12.2013 zu § 15, in Kraft ab 01.01.2014*

## § 16 Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- 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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

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

II. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H., bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten übernommen. Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Leistungen nach Sätzen 1 und 2 bei maximal zwei Maßnahmen im Kalenderjahr. Die Aufwendungen hierfür betragen im Kalenderjahr insgesamt maximal 150 EUR, bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V insgesamt maximal 200 EUR.



- III. Die Betriebskrankenkasse kann durch Verträge mit Fremdanbietern die Erbringung entsprechender Leistungen vereinbaren und die Höhe ihrer Kostenbeteiligung regeln.

## § 17 Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V die Kosten folgender weiterer Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten/Krankheitserreger, soweit sie ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist:
- FSME auch für Personen, die nicht den Nachweis erbringen, in FSME-Risikogebieten einer besonderen Zecken-Exposition ausgesetzt zu sein,
  - Influenza auch für Personen, bei denen nicht eine besondere Indikation nach den Schutzimpfungsrichtlinien vorliegt,
  - HPV für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis 26 Jahren,
  - Tollwut auch für Personen, die wenn sie nicht den Nachweis erbringen, in Regionen mit hoher Tollwutgefährdung einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt zu sein,
  - Rotaviren,
- II. Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse bei einem nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt die Kosten der Schutzimpfungen gegen folgende übertragbare Krankheiten/Krankheitserreger, soweit sie wegen eines erhöhten Infektionsrisikos ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger zuständig ist:
- Cholera
  - Gelbfieber
  - Hepatitis A
  - Hepatitis B
  - Japanische Enzephalitis
  - Meningokokken
  - Typhus.
- III. Für selbst bezahlte Schutzimpfungen nach Absätzen I und II werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der ärztlichen Kosten, höchstens aber 15 EUR je Impfung, sowie 100 v. H. der Kosten des Impferums erstattet.

## **§ 18 Medizinische Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse einen Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe, sofern die Maßnahme mindestens 14 Tage dauert. Der Zuschuss beträgt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres kalendertäglich 13,00 EUR, für chronisch kranke Kleinkinder 21,00 EUR kalendertäglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 EUR gewährt.

## § 19 Leistungsausschluss

- I. 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 aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
  
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund 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.

## **§ 20 Modellvorhaben strukturierte Behandlungsprogramme**

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

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ II in Hessen (Zeitraum der Zulassung 11.06.2003 bis 31.12.2010).

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus den strukturierten Behandlungsprogrammen in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

Das Modellvorhaben begann bei der pronova BKK und der BKK DER PARTNER, die auf Grund der Vereinigung am 30.06.2010 geschlossen wurden, mit dem Beginn des Zulassungszeitraums. Es endet mit Ablauf des Zulassungszeitraums.

## § 21 Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen von 7.200 EUR bis 19.999 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 120 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 20.000 EUR bis 29.999 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 240 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 30.000 EUR bis 39.999 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 360 EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 40.000 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 800 EUR.
- II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
  - Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
  - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
  - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.
- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120 EUR jährlich 80 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 240 EUR jährlich 140 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 360 EUR jährlich 200 EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 800 EUR jährlich 500 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.
- V. Die Wahl des Selbstbehaltes wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Quartals. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Mindestbindungsfrist für die Wahl des Selbstbehaltes beträgt 3 Jahre. Eine Kündigung ist frühestens 6 Wochen vor Ablauf der Bindungsfrist möglich. Danach beträgt die Kündigungsfrist 6 Wochen zum Quartalsende. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. In besonderen Härtefällen wird ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 53 Abs. 8 SGB V eingeräumt. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge

durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

- VI. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann eine Kündigung der Mitgliedschaft vorbehaltlich Abs. V Satz 7 und 8 frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist erfolgen.
- VII. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen bei Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei Inanspruchnahme von mehreren Wahlтарifen 30 v. H. der vom Mitglied getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahlтарifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V nicht überschreiten.

## § 22 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Versicherte können sich freiwillig für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V entscheiden. Die BKK führt ein Verzeichnis über die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Dieses Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie den Ort der Durchführung der Versorgung. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BKK stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen. Entsprechendes gilt für die gleichzeitige Teilnahme an einem Versorgungsvertrag nach § 140a ff SGB V, der einen der hausarztzentrierten Versorgung vergleichbaren Versorgungsumfang umfasst.

Versicherte,

- die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung,
- einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V
- oder nach § 53 Abs. 2 SGB V

gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

- II. Die Teilnehmer verpflichten sich durch schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK. Die Teilnahme wird von der BKK gegenüber dem Versicherten schriftlich bestätigt. Die Teilnahme beginnt mit Wirkung für das auf das Datum der Abgabe der Teilnahmeerklärung folgende Abrechnungsquartal, wenn die Teilnahmeerklärung bis spätestens am 10. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der BKK bzw. bei der von der BKK beauftragten Stelle eingegangen ist, frühestens jedoch mit dem Tage, der im Bestätigungsschreiben der BKK genannt ist.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung kann innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Eingang des Bestätigungsschreibens der BKK über die Teilnahme vom Versicherten widerrufen werden.

- III. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich schriftlich gegenüber der BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die direkte Inanspruchnahme des Kinderarztes bleibt unberührt. Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen erfolgen in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt. Der gewählte Hausarzt ist in der Teilnahmeerklärung anzugeben und hat die Wahlentscheidung des Versicherten zu bestätigen.
- IV. Die Versicherten sind an die Verpflichtungen nach Absatz III und an die Wahl ihres Hausarztes mindestens 12 Monate (Teilnahmejahr) gebunden. Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

Die Teilnahme kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der BKK gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.



- V. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz III, wird der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Ferner werden bei unzulässiger Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert; bei pflichtwidrigem Verhalten wird Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung werden dem Versicherten auferlegt.

## § 23 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgungszentren eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Träger von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist freiwillig.
- II. 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, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtung zur Teilnahme 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, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

## **§ 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

- I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137 SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
  1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
  2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
  3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
  4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
  5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
  6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.
  
- II. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

## **§ 25 Wahltarif integrierte Versorgung**

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

## § 26 Wahltarife Krankengeld

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V an.

Mitglieder, die

- hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und ein positives Arbeitseinkommen aus dieser Tätigkeit nachweisen

oder

- bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben,

können die Tarife nach den §§ 26a oder 26b wählen.

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder können nur den Tarif nach § 26c wählen.

- II. Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist, können an den Tarifen nach den §§ 26a bis 26c nicht teilnehmen. Dies gilt auch für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4a SGB V.

Darüber hinaus ist die Teilnahme ausgeschlossen, wenn das Mitglied bei Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Betriebskrankenkasse

- arbeitsunfähig ist, es sei denn, unmittelbar vorher bestand bei der Betriebskrankenkasse bereits eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen bezieht,
- voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ist.

- III. Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Wirkung zum nächsten Monatsersten nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Ersten eines Monats wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der Betriebskrankenkasse eingegangen sein. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Für die Dauer

der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse ebenfalls nicht möglich.

Erfüllt das Mitglied die Voraussetzungen für die Teilnahme am Tarif nicht mehr, endet die Teilnahme mit dem Tag vor dem Wegfall der Voraussetzungen. Endet die Betriebskrankenkasse-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am Tarif.

- IV. Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine monatliche Prämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.
- V. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes. In den Tarifen nach den §§ 26a, b und c besteht für die Dauer des Bezugs von Tarif-Krankengeld
- Prämienfreiheit im Wahltarif und
  - Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung, wenn das gewählte Tarif-Krankengeld der Höhe nach mindestens der Hälfte des Betrags entspricht, der unter Anwendung des § 47 SGB V als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre bzw. zu zahlen ist. Für die Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung nach den Satz 2 gilt § 224 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend. Im Falle der Versicherungspflicht in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit behält die Betriebskrankenkasse den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Tarif-Krankengeld ein und entrichtet diesen an den zuständigen Sozialversicherungsträger.“

## § 26a Wahltarif KG Standard

- I. Der Wahltarif KG Standard kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.
- II. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30 bis 90 Euro. Beträgt das gewählte Tarif-Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die Betriebskrankenkasse. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der Betriebskrankenkasse oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- III. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- IV. Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 22. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der Betriebskrankenkasse erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs am 43. Tag gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der Betriebskrankenkasse erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezuges von Tarif-Krankengeld wird nicht auf die Höchstbezugsdauer nach Satz 3 angerechnet.

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

- V. Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der Betriebskrankenkasse bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).



Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

- VI. Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 2,50 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.
- VII. Die Teilnahme am Wahltarif KG Standard endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 26 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
  - die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
  - ein positives Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr erzielt wird,
  - die Wahl des gesetzlichen Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V beendet wird,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
  - der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

## § 26b Wahltarif KG stationär

- I. Der Wahltarif KG stationär kann separat oder in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.
- II. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30 bis 90 Euro. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die Betriebskrankenkasse. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der Betriebskrankenkasse oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- III. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- IV. Das Mitglied erhält Tarif-Krankengeld bei einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der Betriebskrankenkasse erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Der Anspruch entsteht am 1. Tag der Behandlung. Hat das Mitglied neben diesem Tarif auch das gesetzliche Krankengeld gewählt, wird das Tarif-Krankengeld längstens bis zum 42. Tag der Krankenhausbehandlung gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Der Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Bei Krankenhausbehandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- V. Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der Betriebskrankenkasse bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

- VI. Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 0,80 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.

- VII. Die Teilnahme am Wahltarif KG stationär endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 26 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
  - die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
  - ein positives Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr erzielt wird,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
  - der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

## § 26c Wahltarif KG Künstler und Publizisten

- I. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30 bis 90 Euro. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens aus selbständiger künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die Betriebskrankenkasse. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der Betriebskrankenkasse oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Sie ist jedoch ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- II. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse Nachweise über das Arbeitseinkommen aus selbständiger künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung dieses Arbeitseinkommens unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Beitragsbescheid der Künstlersozialkasse. Erlangt die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.
- III. Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 15. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der Betriebskrankenkasse erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird bis zum Beginn der gesetzlichen Leistung am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bzw. stationären

Behandlung (§ 46 Satz 2 SGB V) gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der Betriebskrankenkasse erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezuges von Tarif-Krankengeld wird nicht auf die Höchstbezugsdauer nach Satz 3 angerechnet.

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

- IV. Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der Betriebskrankenkasse bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG). Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

- V. Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 1,95 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.

VI. Die Teilnahme am Wahltarif KG Künstler und Publizisten endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 26 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn

- die Krankenversicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz endet,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,

der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“

## § 27 Bonus für Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie für folgende Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, innerhalb eines Kalenderjahres Bonuspunkte aus den Nummern 1 bis 15 nachweisen:
1. Das bei der pronova BKK versicherte Kind hat die im jeweiligen Jahr nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 – J1) vollständig in Anspruch genommen.
  2. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V teilgenommen.
  3. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teilgenommen.
  4. Die Versicherte hat die von der BKK nach § 196 RVO gewährten Vorsorgemaßnahmen für Schwangere vollständig in Anspruch genommen.
  5. Der Versicherte hat die von der BKK nach § 55 Abs. 1 SGB V gewährte, regelmäßige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen der Zähne in Anspruch genommen.
  6. Der Versicherte hat seinen Impfstatus ärztlich überprüfen und die ihm ärztlich empfohlenen Auffrischungsimpfungen vornehmen lassen.
  7. Der Versicherte hat in einer Zahnarztpraxis eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.
  8. Der Versicherte treibt regelmäßig aktiv Sport in einem eingetragenen Verein, einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder einer Betriebs-/Hochschul-Sportgruppe.
  9. Der Versicherte hat aktiv an einer Aktion der pronova BKK zur Gesundheitsförderung teilgenommen.
  10. Der Versicherte hat einen Vital-Check durchführen lassen (2 Maßnahmen von 3 müssen erbracht werden: Blutdruck-/Blutzucker-/Cholesterinmessung).
  11. Der Versicherte hat einen Sehtest durchführen lassen.
  12. Der Versicherte hat im Rahmen einer Blut- oder Blutplasmaspende eine Blutuntersuchung zur Früherkennung von Infektionskrankheiten nach § 5 Abs. 3 TFG durchführen lassen.
  13. Der Versicherte hat an einer qualitätsgesicherten Maßnahme zur Primärprävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V teilgenommen; bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres steht dem die Teilnahme an einer anderen, von der pronova BKK als für die Kindergesundheit förderlich befundenen Maßnahme gleich.
  14. Der Versicherte erbringt sportliche Leistungen und erringt eine Urkunde bei den Bundesjugendspielen oder vergleichbaren sportartübergreifenden Veranstaltung an den Schulen.
  15. Der Versicherte hat das Deutsche Sportabzeichen oder ein vergleichbares anerkanntes Sportabzeichen abgelegt.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft der pronova BKK quittiert.
- III. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 1 bis 4 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 750 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der



Leistung Nr. 5 erhält der Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres kalenderjährlich bis zu zweimal 750 Bonuspunkte, nach Vollendung des 18. Lebensjahres kalenderjährlich einmal 750 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 6 bis 8 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 9 erhält der Versicherte kalenderjährlich bis zu dreimal 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 10 bis 15 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 250 Bonuspunkte.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Bonusprogramm-Teilnahme ab 2011 bei der Betriebskrankenkasse und dauerhafter präventiver Aktivität, wird der Jahresbonus ab dem zweiten Jahr um 250 Punkte erhöht. Entscheidet sich ein Versicherter erstmalig, an dem Bonusprogramm der pronova BKK, das ab 01.01.2011 gilt, teilzunehmen, um seine präventiven Aktivitäten zu dokumentieren, erhält er einmalig 250 Punkte.

Soweit es sich nicht um gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungen handelt, gehen die Kosten der Teilnahme nicht zu Lasten der Betriebskrankenkasse.

- IV. Der Bonus wird dem Versicherten kalenderjährlich in Form von Bonuspunkten für eine Prämie gutgeschrieben. Dabei sammelt jeder Versicherte einzeln. Der Versicherte wählt aus einem nach Bonuspunkten gestaffelten Katalog eine Sach- oder Geldprämie aus. Die zur Erreichung einer Prämie erforderliche Mindestpunktzahl beträgt 3000 Punkte.

Nicht eingelöste Punkte können auf das Folgejahr übertragen werden. Punkte können maximal aus 3 Jahren angespart werden. Punkte, die am Ende des zweiten Jahres, das dem Jahre folgt, in welchem sie erworben wurden, nicht eingelöst worden sind, verfallen.

- V. Zum Zeitpunkt der Abrechnung der Bonuspunkte muss eine Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung bei der pronova BKK für die Versicherten bestehen, die Bonuspunkte gesammelt haben. Eine Kündigung darf nicht ausgesprochen sein.
- VI. Die Gewährung des Bonus ist unter Vorlage des mit den Teilnahmenachweisen versehenen Bonusheftes bei der BKK zu beantragen.

## **§ 27a Bonus für Neugeborene**

- I. Mitglieder erhalten einen Bonus, wenn sie ihre nach dem 01.01.2013 geborenen Kinder bei der Betriebskrankenkasse zur Familienversicherung anmelden und die Durchführung der in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge zu § 24d SGB V durch die Kindesmutter sowie bei dem Kind die Durchführung der in den Schutzimpfungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 20d SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen und die Teilnahme an den nach § 26 Abs. 1 SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Kinderuntersuchungen nachgewiesen haben. Die Familienversicherung des Kindes muss mindestens bis zum Zeitpunkt des Nachweises bei der Betriebskrankenkasse bestanden haben. Die Kündigung der Mitgliedschaft darf bis zu diesem Zeitpunkt nicht erklärt worden sein.
- II. Der Bonus wird dem Mitglied als Geld- oder Sachprämie gewährt.
- III. Die Gewährung des Bonus erfolgt nach Nachweis der nach § 26 Abs. 1 SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Kinderuntersuchungen und Schutzimpfungen sowie der Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge. Der Nachweis ist durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder, des Impfpasses sowie des Mutterpasses zu führen.

## § 28 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 der Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt.
- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird nach den näheren Bestimmungen im Bonusvertrag bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1 bis 3 sowie mindestens 3 weitere Punkte nachweist bzw. durchführt:
  1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
  2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung BGF.
  3. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahr einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.
  4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes, der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
  5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
  6. 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 Vorschlagwesen.
  7. Das Unternehmen bietet BGF-Maßnahmen an, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen. Darunter fallen insbesondere:
    - a) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
    - b) Angebot kostenloser Gesundheitssportangebote im Rahmen des Betriebs-sports
    - c) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
    - d) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung.

III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich nach den näheren Bestimmungen im Bonusvertrag in der Stufe zwei um die bei der BKK erzielten Einsparungen, wenn die BKK bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende gesundheitsbezogene Effekte ermittelt:

1. Senkung des Krankenstandes
2. Senkung der Arzneimittelausgaben
3. 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 4 Jahre ermittelten durchschnittlichen, alterstandardisierten Kosten inflationsbereinigt herangezogen.

**§ 29 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

**§ 30 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

## **§ 31 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## **§ 32 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse unter [www.pronovabkk.de](http://www.pronovabkk.de) sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt der Einstellung wird dokumentiert.



## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde vom Verwaltungsrat der BKK DER PARTNER in dessen Sitzung am 15.04.2010 und vom Verwaltungsrat der pronova BKK in dessen Sitzung am 22.04.2010 beschlossen

2. Sie tritt am 01.07.2010 in Kraft.

Leverkusen, den 22.04.2010

**gez. Hans-Walter Scheurer**

---

Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der pronova BKK

**gez. Karl-Josef Ellrich**

---

stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der pronova BKK

Hannover, den 15.04.2010

**gez. Bärbel Bruns**

---

Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der BKK DER PARTNER

**gez. Dr. Klaus Lang**

---

stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates  
der BKK DER PARTNER

## **Anlage zu § 1 der Satzung:**

### **I.**

Bayer AG  
Bayer-Kaufhaus GmbH  
Bayer Handelsgesellschaft mbH  
Bayer-Wohnungen GmbH  
KRONOS International, Inc.  
KRONOS TITAN-GmbH  
Agfa-Gevaert AG  
Bayer Anhydrit-Verkaufsgesellschaft mbH  
Bayropharm GmbH  
Bayer Medica GmbH  
Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG  
Eingliederungswerkstatt e.V. Krefeld-Uerdingen  
Sporthotel Falkau  
Messer Griesheim GmbH in Krefeld  
Desowag-Materialschutz GmbH, Krefeld-Uerdingen  
Wolf Walsrode AG  
KVP Pharma und Veterinärprodukte GmbH  
Bayer Faser GmbH  
Dystar Textilfarben GmbH & Co. Deutschland KG mit den Betrieben  
Leverkusen und Brunsbüttel  
GE-Bayer Silicons GmbH & CO. KG

### **II.**

BASF Aktiengesellschaft, 67056 Ludwigshafen

- Betriebe in  
Ludwigshafen  
Mannheim
- Gutsverwaltungen der BASF Aktiengesellschaft in  
Limburgerhof / Rehhütte
- Vertriebsstandorte der BASF Aktiengesellschaft in  
Bayreuth  
Berlin  
Dresden  
Frankfurt  
Halle  
Hannover  
Kiel  
Köln  
Limburgerhof  
Mainz  
München  
Münster  
Stuttgart

- Lehrwerk- und Ausbildungsstätten der BASF Aktiengesellschaft in  
Haßloch  
Limburgerhof  
Speyer
- Studienhaus der BASF Aktiengesellschaft in Dannenfels
- Gasthaus der BASF Aktiengesellschaft in Limburgerhof
- Pflanzenschutz-Beratung in Limburgerhof
- Studienhaus der BASF Aktiengesellschaft in St. Johann
- Wohnheim der BASF Aktiengesellschaft in Mannheim
- Palusol-Fabrik Frankenthal
- Dienstleistungen für Beteiligungsgesellschaft in Marl
- Deponie Flotzgrün in Römerberg
- Tierernährungsstation Neumühle in Offenbach/Queich

LUWOGGE Wohnungsunternehmen GmbH,  
67063 Ludwigshafen

- Haus Breitnau Kur- und Gästehaus der BASF in Breitnau/Hochschwarzwald
- Haus Westerland Kur- und Gästehaus der BASF in Westerland/Sylt

COMPAREX Informationssysteme GmbH,  
68006 Mannheim 1

- Geschäftsstellen der COMPAREX Informationssysteme GmbH in  
Berlin  
Braunschweig  
Bremen  
Dresden  
Frankfurt  
Fürth  
Halle  
Hamburg  
Kassel  
Laatzen  
München  
Nürnberg  
Radebeul  
Stuttgart  
Tettnang  
Wuppertal
- Ersatzteillogistik Ludwigshafen, Industriestr. 109
- Lager Ludwigshafen, Industriestr. 66
- Schulungszentrum Edingen-Neckarhausen

EMTEC Magnetics GmbH, 67059 Ludwigshafen Betriebe in

Ludwigshafen  
München  
Willstätt

BASF Coatings AG, 48165 Münster

- Produktionsstätten sowie die angeschlossenen Verkaufsbüros, Service Center und Auslieferungslager in  
Hamburg  
Köln  
Münster  
Würzburg

BASF Computer Services GmbH, 67056 Ludwigshafen

DyStar Textilfarben GmbH & Co. Deutschland KG, Betriebsstätte in 67056 Ludwigshafen, Carl-Bosch-Str. 38

Elastogran GmbH, 49440 Lemförde Betriebe in  
Lemförde  
Lotte  
Ludwigshafen  
Olching

Fertiva GmbH, Postfach 120, 67114 Limburger Hof

K + E Druckfarbenvertriebsgesellschaft mbH, 70469 Stuttgart

BASF Schwarzheide GmbH, 01986 Schwarzheide

Elastogran Schwarzheide GmbH, 01987 Schwarzheide

SEWOGES Service- und Wohnungsunternehmen GmbH, 01987 Schwarzheide

SGS - Schwarzheider Gastronomie und Service GmbH, 01987 Schwarzheide

Alois Lauer Dillingen Montagebau Schwarzheide GmbH, 01987 Schwarzheide

Dachbau Schwarzheide GmbH (ehemals Rihm Schwarzheide GmbH), 01987 Schwarzheide

Kehl GmbH Schwarzheide, 01987 Schwarzheide

Richard Schulz Tiefbau GmbH Schwarzheide, 01987 Schwarzheide

Jubiläumsstiftung der BASF , Carl-Bosch-Str. 38, Z 22, 67056 Ludwigshafen

Gartenwesen Schwarzheide GmbH, 01987 Schwarzheide

Formen- und Musterbau GmbH Schwarzheide, 01987 Schwarzheide

DSM • BASF Structural Resins Deutschland GmbH, 67056 Ludwigshafen

BASF deco GmbH, 50827 Köln

BASF Drucksysteme GmbH, 70469 Stuttgart, Betriebe in Stuttgart und Willstätt

BASF Pigment GmbH, 51063 Köln, Betriebe in Besigheim und Köln

BASF-Lynx Bioscience Aktiengesellschaft, 69120 Heidelberg

Stabila Meßgeräte Gustav Ullrich GmbH & Co. KG, 76855 Annweiler

ART Autolack System GmbH, 44147 Dortmund

Firma C. H. Boehringer Sohn in Ingelheim/Rhein

Fa. Boehringer Ingelheim Pharma KG  
in Ingelheim am Rhein  
in Biberach an der Riss

Fa. Boehringer Ingelheim International GmbH in Ingelheim/Rhein

Fa. Boehringer Ingelheim Vetmedica Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Ingelheim

Fa. Bioscientia Biochemische Dienstleistungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Ingelheim Rhein mit zusätzlichen Betriebsstätten in Berlin, Frankfurt a.Main, Freiburg i. Breisgau, Hamburg, Horstmar (Westfalen), Jena, Karlsfeld, Krefeld, Mainz, Moers, Wermsdorf, Völklingen

SECURA Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mit beschränkter Haftung in Ingelheim

BIOCONTROL Institut für chemische und biologische Untersuchungen Ingelheim GmbH in Ingelheim/Rhein

Boehringer Ingelheim GmbH in Ingelheim/Rhein

Symbiomed Institut für Laboruntersuchungen und medizinische Dienstleistungen GmbH in Ingelheim Rhein mit zusätzlich Betriebsstätten in Hamburg, Jena, Karlsfeld, Lüneburg, Osterburg

Boehringer Ingelheim Grundstücks GmbH in Ingelheim/Rhein

Aristogen GmbH Institut für genetische Laboruntersuchungen in Ingelheim/Rhein

Pharmaton Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Biberach an der Riss

Michelin Reifenwerke KGaA Bad Kreuznach in Bad Kreuznach

- Werk Bamberg in Hallstadt
- Werk Karlsruhe
- Dienstleistungsbereiche für Deutschland "EUR" (ohne EUR/L) in Karlsruhe
- Büros "EURO/I/DE" in Homburg

### III.

Betriebe der Ford-Werke GmbH in  
Köln, Berlin, Frankfurt, München, Norderstedt, Saarlouis

Ford-Ausbildungs- und Weiterbildungsverein e. V. in Köln

Betriebe der Visteon Deutschland GmbH in  
Berlin, Emden, Glauchau, Ingolstadt, Kerpen, München, Böblingen, Wolfsburg

tedrive Germany GmbH in Düren

tedrive Steering GmbH in Wülfrath

Betriebe der DEUTZ AG, Köln  
einschließlich der Betriebsstätten und Service-Center in Berlin, Duisburg, Erfurt, Hamburg,  
Hannover, Hersbach/Mündersbach, Köln, Mannheim, Melle, München, Regensburg,  
Übersee, Ulm und Wilhelmshaven

Erz- und Kohleflotation GmbH, Bochum

KHD Casino- u. Catering Service GmbH, Köln

DEUTZ Sicherheit Gesellschaft für Industrieservice mbH, Köln

KHD Guss GmbH, Köln

KHD-Wohnungsbaugesellschaft mbH, Köln

KHD Beteiligungsverwaltung GmbH, Köln

Deutz Versicherungsvermittlung GmbH, Köln

Humboldt Wedag GmbH, Köln

Isselguss GmbH, Isselburg

Rolls-Royce Deutschland Ltd. & Co KG, Dahlewitz einschließlich der Betriebsstätte in  
Oberursel

SAME DEUTZ-FAHR DEUTSCHLAND GmbH, Lauingen

Isselburger Guss und Bearbeitung GmbH, Isselburg

Andritz Separation GmbH, Köln

Indumont GmbH, Bochum einschließlich der Betriebsstätte in Zeitz

HT Troplast AG, Troisdorf  
mit den Verkaufs- und Kontaktbüros in Frankfurt, Hamburg, Hannover, München,  
Nürnberg, Stuttgart und Wuppertal

Trocellen GmbH, Troisdorf

Dynamit Nobel AG, Troisdorf

Dynamit Nobel GmbH, Troisdorf  
mit den Werken in Schlebusch, Stadeln, Troisdorf und Würgendorf  
sowie den Verkaufsbüros in Deidesheim, Elbingerode, Freiberg, Öhringen und Saarwellingen

Dynamit Nobel Kunststoff GmbH, Weißenburg  
mit dem Werk in Essen  
und den Fertigungsbetrieben in Pappenheim und Weißenburg

TroService GmbH & Co. KG, Troisdorf

TroService Verwaltungs-GmbH, Troisdorf

Siegwerk Druckfarben AG, Siegburg

M. DuMont Schauberg, Expedition der Kölnischen Zeitung, GmbH & Co. KG, Köln

DuMont Buchverlag GmbH & Co. KG, Köln

DuMont Kalenderverlag GmbH & Co. KG, Köln

DuMont Funk & Fernsehen GmbH & Co. KG, Köln

HSG Hörfunk Service GmbH, Köln

Deutsche Steinzeug Cremer & Breuer AG  
mit den Werken in Alfter-Witterschlick und Sinzig,  
sowie den Auslieferungslagern in Berlin-Tempelhof, Bochum-Wattenscheid, Frankfurt-  
Fechenheim, Hamburg-Billbrook, Hannover-Hainholz, Klipphausen, München-Ismaning,  
Niestetal-Sandershausen, Nürnberg-Großgründlach, Schwieberdingen und Viernheim

Mauser-Werke GmbH, Brühl

Mauser Kunststoffverpackungen GmbH, Brühl

Mauser Metallverpackung GmbH, Brühl

Mauser Maschinenteknik GmbH, Brühl

Mauser-Waldeck AG, Waldeck

Mauser Office GmbH, Waldeck und Korbach  
und die bei den Firmen angeschlossenen Betriebsstätten in Bammental, Hamburg-Harburg  
und Neuwied sowie die Verkaufsbüros und Verkaufsniederlassungen.

Brühltrans Service GmbH, Brühl

LOS Speditionslogistik und Service GmbH, Korbach

Muelhens GmbH & Co. KG, Köln

Dörrenberg Edelstahl GmbH, Engelskirchen

Stollwerck AG, Köln

Stollwerck Werbe- und Marketing GmbH, Köln

B. Sprengel GmbH & Co., Hannover

Sprengel Verwaltungs GmbH, Hannover

Imhoff Holding GmbH, Köln

SUSI Süßwaren Fachgeschäfte GmbH, Köln

Larosé Hygiene Service GmbH, Köln

Larosé Hygiene Service GmbH, Trier

Larosé Hygiene Service GmbH, Ahrensburg

Larosé IGA, Handelsagentur GmbH, Köln

Choklet Schokoladen Export GmbH, Köln

H. Schött GmbH, Mönchengladbach

Stollwerck AG, Werk Berlin

Larosé-Rewatex Textilpflege und Service GmbH, Berlin

Larosé Hygiene Service GmbH, Nonnweiler

Larosé Textilpflege und Service GmbH & Co KG, Magdeburg

Stollwerck Log-Trans Speditions GmbH, Köln

Mannstaedt-Werke GmbH & Co., Troisdorf

Hauptverwaltung der Klöckner Werke AG, Duisburg

Alfred H. Schütte GmbH & Co. KG, Köln

Alfred H. Schütte Vertriebsgesellschaft mbH, Köln



## **IV.**

Federal-Mogul Burscheid GmbH, Burscheid

SKF Sealing Solutions GmbH, Leverkusen

Federal-Mogul Vermögensverwaltungs-GmbH mit Sitz in Burscheid und ihrer Zweigniederlassung in Dresden

Federal-Mogul Sealing Systems GmbH, Herdorf

Federal-Mogul Holding Deutschland GmbH mit Sitz in Wiesbaden und ihrem Betrieb in Burscheid

Federal-Mogul Friedberg GmbH, Friedberg

O & K Orenstein & Koppel Aktiengesellschaft, Niederlassungen Kissing, Straubing, Fürth, Stuttgart, Bruchsal, Frankfurt

## **V.**

Allibert Industrie GmbH; Peine

Benecke-Kaliko AG; Hannover

Beneform GmbH; Peine

Benoac Fertigteile GmbH; Peine

Berentzen Interner Service GmbH, Haselünne

Bundesministerium der Verteidigung / Wehrtechnische Dienststelle 91, Meppen

Christian Hansen Nienburg GmbH; Nienburg

Clouth Gummiwerke AG, Köln

Continental Aktiengesellschaft; Hannover

Betriebe / Betriebsteile:

ContiTech Antriebssysteme GmbH

ContiTech Elastomer Beschichtungen GmbH

ContiTech Formpolster GmbH

ContiTech Formteile GmbH

ContiTech Holding GmbH

ContiTech Luftfedersysteme GmbH

ContiTech Profile GmbH

ContiTech Schlauch GmbH

ContiTech Transportband Systeme GmbH

Conti Versicherungsdienst Gesellschaft mbH

Conti Versicherungsdienst Gesellschaft mbH

ICA Informationssysteme Consulting und Anwendungsgesellschaft mbH

ICG Informationssysteme Consulting und Betriebsgesellschaft

REG Reifen-Entsorgungsgesellschaft mbH

Zentrales Marketing der techno-Chemie & Co GmbH; Karben

Corosit Development GmbH; Peine

Corovin GmbH; Peine

Cositex Converting GmbH; Peine

dn Metalltechnik GmbH, Nordhorn

Engelhard Process Chemicals GmbH; Nienburg

Engelhard Technologies GmbH und Co. OHG; Nienburg

Georgsmarienhütte GmbH, Georgsmarienhütte

Haendler & Natermann GmbH, Hann. Münden

Hapag-Lloyd AG, Hamburg mit Ausnahme des See-Betriebes

Hapag-Lloyd Container-Linie GmbH, Hamburg

Betriebe / Betriebsteile:

- HLCL, Fracht Stuttgart, Stuttgart
- HLCL, Fracht Frankfurt, Frankfurt am Main
- HLCL, Fracht Düsseldorf, Düsseldorf
- HLCL, Fracht München, München
- HLCL, Fracht Nord, Bremen
- HLCL, Fracht Nord, Hamburg

Hapag-Lloyd Flug Service GmbH, München

Hapag-Lloyd Fluggesellschaft mbH, Hannover

Hapag-Lloyd-Fluggesellschaft mbH, Station Münster-Osnabrück (FMO), Münster

Hapag-Lloyd Germanair Fluggesellschaft mbH, Bremen

Hapag-Lloyd Kreuzfahrten GmbH, Hamburg

Industriepark Nienburg GmbH; Nienburg

Insurance Service International GmbH, Hamburg

Kali-Chemie AG; Nienburg

Kali-Chemie Akzo GmbH; Nienburg

Lloyd Werft Bremerhaven GmbH, Bremerhaven

Lütgens & Reimers GmbH, Hamburg

M + R Container Reparatur GmbH, Bremen

OpCo Enzymproduktion GmbH; Nienburg  
REIDI Reifen-Discount GmbH & Co KG  
Rickmers-Lloyd Dockbetrieb GmbH, Bremerhaven  
RSH Repair Service Hamburg GmbH, Hamburg  
Schümer GmbH & Co., Schüttorf  
Solvay Alkali GmbH; Heilbronn  
Solvay Barium Strontium; Nienburg  
Sommer Allibert Systemtechnik; Wolfsburg  
Transport & Service GmbH & Co KG, Bremerhaven mit Ausnahme des See-Betriebes  
Transport Consult GmbH, Hamburg  
Trans-Tally Ladungskontroll GmbH, Hamburg  
UNIKAI Hafenbetrieb GmbH, Hamburg  
UNIKAI Hafenbetrieb Lüneburg GmbH, Lüneburg  
Uniroyal-Engelbert Reifen GmbH; Aachen  
Vergölst GmbH; Bad Nauheim  
Wülfing Pharma GmbH, Gronau (Leine)  
Land Niedersachsen

## **Anlage zu § 2 der Satzung:**

### **Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates**

#### **I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates**

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

##### **1. Erstattung der Barauslagen**

###### **Tage-/Übernachtungsgeld**

Tagegeld wird nach § 6 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) gezahlt. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Die notwendigen und angemessenen Übernachtungskosten werden gemäß § 7 BRKG gewährt.

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag (der Krankenkasse und/oder der Pflegekasse) können für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein volles Tagesgeld und ggf. Übernachtungsgeld gewährt werden.

###### **Fahrkosten**

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse,
- c) bei Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer den nach § 5 Abs. 2 BRKG geltenden Satz.

## **2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge**

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

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 genannten Höchstbetrags für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angegangene Stunde wird voll gerechnet.

## **3. Pauschbetrag für Zeitaufwand**

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 **40,00 EUR**.

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag (der Krankenkasse und/oder Pflegekasse) kann für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

## **II. Entschädigung von Mitgliedern des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen**

Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, sowie die alternierenden Vorsitzenden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme des Verwaltungsratsmitglieds gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

## **Anlage zu § 11 der Satzung der pronova BKK**

### **§ 1 Anwendbare Vorschriften**

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

### **§ 2 Organe, Zusammensetzung**

- I. Die Führung der Verwaltungsgeschäfte der Ausgleichskasse der Betriebskrankenkasse obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
- II. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG). In diesen Angelegenheiten übt der Vorsitzende bzw. stellvertretende Vorsitzende aus der Gruppe der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus. Im Fall seiner Verhinderung bestimmen die anwesenden Vertreter der Arbeitgeber den Vorsitzenden aus ihrer Mitte.
- III. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

### **§ 3 Widerspruchsausschuss**

- I. Es gilt § 4 der Satzung mit der Maßgabe, dass bei Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder Arbeitgebervertreter mitwirken.
- II. Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

### **§ 4 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

- I. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber teil, die in der Regel - ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten - nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen. Abweichend hiervon sind die in § 11 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.
- II. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber mit Ausnahme der in § 11 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen teil.

- III. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem U1-Verfahren und dem U2-Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.

## **§ 5 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1)**

Die Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes genannten Zeitraum grundsätzlich

### **60 vom Hundert (allgemeiner Erstattungssatz)**

- I. an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
- II. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit der Erstattung nach Abs. I abgegolten.
- III. Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Abs. I auf

#### **a) 50 vom Hundert ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz)**

oder

#### **b) 80 vom Hundert erhöht (erhöhter Erstattungssatz).**

Abs. I Satz 2 und Abs. II gelten entsprechend.

## **§ 6 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2)**

- I. Die Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft

### **100 vom Hundert**

- a) des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG, 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld

sowie

- b) des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG, § 11 Mutterschutzgesetz bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts. Ebenso werden die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge in vollem Umfang erstattet.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

- I. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlage aufgebracht (§ 7 Abs. 1 AAG).
- II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 7 Abs. 2 AAG).
- III. Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung für die Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum selben Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 10 AAG i.V.m. §§ 23, 28a SGB IV ff).

## **§ 8 Umlagesätze**

- I. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U1 beträgt
  - 1,4 vom Hundert für den ermäßigten Erstattungssatz nach § 5 Abs. III Buchst. a
  - 1,7 vom Hundert für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 5
  - 3,1 vom Hundert für den erhöhten Erstattungssatz nach § 5 Abs. III Buchst. b
- II. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U2 beträgt 0,25 vom Hundert.

## **§ 9 Betriebsmittel**

Die Betriebskrankenkasse verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Diese sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen und dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

## **§ 10 Haushaltsplan**

Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf, der vom Verwaltungsrat festgestellt wird. § 2 Abs. II gilt entsprechend.



## **§ 11 Jahresrechnung**

- I. Der Vorstand stellt die Jahresrechnung auf.
- II. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme des Vorstandes zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen. § 2 Abs. II gilt entsprechend.
- III. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsprüfung.