

# **Satzung der Betriebskrankenkasse Schwarzwald-Baar-Heuberg**

**Stand 01. April 2019**

**BKK SBH  
Löhrstr. 45  
78647 Trossingen**

## **Satzungsänderungen:**

Die vom Verwaltungsrat der BKK SBH in der Sitzung am **19.03.2019** beschlossene Änderung von §§ 12 VII und 16 I der Satzung sowie der Anlage zu §2 der Satzung, 1.3 Pauschbetrag für Zeitaufwand, wurde vom Ministerium für Soziales und Integration, Baden Württemberg, 70173 Stuttgart, gemäß § 195 Abs. 1 SGB V mit Wirkung ab 01.04.2019 genehmigt.

Bescheid vom 03.04.2019 - Aktenzeichen 61-5221.2-007.02/4

# Übersicht zur Satzung

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse.....	5
§ 2	Verwaltungsrat.....	6
§ 3	Vorstand.....	9
§ 4	Widerspruchsausschuss.....	10
§ 5	Kreis der versicherten Personen.....	11
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft.....	15
§ 7	Aufbringung der Mittel.....	16
§ 8	Bemessung der Beiträge.....	16
§ 8a	Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen....	16
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	16
§ 10	Fälligkeit der Beiträge.....	16
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen.....	17
§ 11	Höhe der Rücklage.....	17
§ 12	Leistungen.....	18
§ 12a	Primärprävention.....	26
§ 12b	Schutzimpfungen.....	27
§ 12c	Leistungsausschluss.....	27
§ 12d	Persönliche elektronische Gesundheitsakte.....	28
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen.....	28
§ 14	Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 53 Abs. 8 SGB V).....	28
§ 15	Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	29
§ 15a	Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	30
§ 15b	Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	31
§ 15c	Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	31
§ 15d	Wahltarife Krankengeld.....	33
§ 16	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	40
§ 17	Kooperation mit der PKV.....	43
§ 18	Ausgleichsverfahren nach dem AAG.....	43
§ 19	Aufsicht.....	43
§ 20	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	43
§ 21	Bekanntmachungen.....	43

**Artikel II**

Inkrafttreten.....44

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungs-  
ratsmitglieder.....45

Anlage zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG.....48

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

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

I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen

**Betriebskrankenkasse Schwarzwald – Baar - Heuberg**

und die Kurzbezeichnung **BKK SBH**.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in **78647 Trossingen, Löhrrstr. 45** und Verwaltungsstellen in

78054 VS-Schwenningen, Villinger Str. 2

78112 St. Georgen, Gerwigstr. 33

78136 Schonach, Triberger Str. 64

II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V). Ihre vertretungsberechtigten Organe haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der Betriebskrankenkasse (§ 31 Abs. 3 SGB IV).

III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der Arbeitgeber:

Hohner Musikinstrumente GmbH	78647 Trossingen
Hohner Grundstücksgesellschaft mbH	78647 Trossingen
Großsortiment Eva Jetelina GmbH	78591 Durchhausen
MB Bäuerle GmbH	78112 St. Georgen
SBS-Feintechnik GmbH & Co. KG	78136 Schonach
Burger Industriewerk GmbH & Co. KG	78136 Schonach

und auf das Gebiet des Landes Baden-Württemberg.

## § 2 Verwaltungsrat

- I.
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. Januar des Kalenderjahres, wenn der Vorsitz mindestens ein Jahr geführt worden ist.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder vier Versichertenvertreter und vier Vertreter der Arbeitgeber an.

Bei einer Abstimmung hat jeder Arbeitgebervertreter wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme. Ist bei einer Abstimmung nicht dieselbe Anzahl Versicherten- und Arbeitgebervertreter anwesend, wird der Stimmenanteil der Arbeitgebervertreter auf den der Versichertenvertreter festgesetzt; das Stimmrecht jedes Arbeitgebervertreters reduziert oder erhöht sich entsprechend (§ 44 Abs. 2 Satz 4 2. Halbsatz i. V. m. Satz 2 SGB IV). Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

- 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 (§ 33 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),
2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
4. den Vorstand zu wählen (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV) und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln (§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
6. den Vorstand zu überwachen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V),

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
  8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
  9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
  10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs.1 SGB IV).
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).
- IX. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
  2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
  3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
  4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).



### § 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an (§ 35a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV).
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
  2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
  3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
  4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
  5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
  6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
  7. eine Kassenordnung aufzustellen,
  8. die Beiträge einzuziehen,
  9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
  10. die Leistungen festzustellen und zu gewähren.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 6, Abs. 3 Satz 3 SGB V).

## § 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 78647 Trossingen, Lührstr. 45.
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen  
aus zwei Vertretern der Versicherten und ebenso vielen Vertretern der Arbeitgeber, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen.
  2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
  3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.  
  
Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates 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. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend. Der Vorsitz wechselt zwischen den Gruppen von Sitzung zu Sitzung.  
  
Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
  6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
  8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- IV. Der Widerspruchsschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

## **§ 5 Kreis der versicherten Personen**

### **I. Versicherungspflichtige Mitglieder**

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird (§ 5 Abs. 3 SGB V),
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
4. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
5. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
6. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
8. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX be-

schäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),

9. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
10. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
11. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V),
13. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V),
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI erfüllen und diese Rente beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1

Satz 1 Nummer 2 SGB V oder die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V (§ 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V),

15. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V).
16. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
  - a.) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
  - b.) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

## II. Freiwillige Versicherung

Der Versicherung in der Betriebskrankenkasse können unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbezugs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

Der Beitritt ist der Betriebskrankenkasse innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen (§§ 9 Abs. 2, 188 Abs. 3 SGB V).

III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie in dem in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betrieb arbeiten (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V) oder in dem in § 1 Abs. III der Satzung genannten Land arbeiten bzw. wohnen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),
3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse oder bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist (§ 174 Abs. 2 und 3 SGB V).

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V).

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). 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 (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind (§ 175 Abs. 4 Satz 5 bis 7 SGB V).
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Abs. I Satz 1 und 4 gelten nicht.  
  
Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Abs. I Satz 1 und Abs. II sowie Abs. III gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 15d (Krankengeld) gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen des § 15d Nr. 4 gekündigt werden.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242 (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

## **§ 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen**

Für die Ermäßigung und den Erlass von Beitragsschulden gelten die „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung (§ 256a Abs. 4 SGB V).

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 0,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu bemessen sind, (sowie die Beiträge von Versicherten, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und die durch den Arbeitgeber abgeführt werden (so genannte „Firmenzahler“), 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB IV).



- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, mit Ausnahme des kas- senindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V, werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversi- cherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrund- sätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversiche- rung beziehen, werden die zu zahlenden Beiträge am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezügen fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 2 SGB V).
- IV. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt wer- den (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

## **§ 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen**

### **I. Pauschale Mahngebühr**

Entsprechend der Vorschrift des § 1 LVwVGKO wird eine pauschale Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 4 Euro und höchstens 75 Euro.

### **II. Beitragsvorschüsse**

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

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

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungs- beitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zu bestimmen.

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

## § 12 Leistungen

### I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 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 beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. (§ 11 Abs. 2 SGB V).

### II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, 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.
2. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

### III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von vier Wochen gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

#### IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

#### V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen schriftlich zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen Leistungsbereich oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971

zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Ziffer 6 gilt entsprechend.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel (§ 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V i. V. m. § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V)

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Der Versicherte tritt bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

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

<b>Apothekenverkaufspreis AVP</b>	<b>Anteil BKK</b>	<b>Anteil Versicherter</b>
bis 15,00 €	70%	30%
15,01 € bis 30,00 €	60%	40%
30,01 € bis 100,00 €	40%	60%
100,01 € bis 300,00 €	30%	70%
300,01 € bis 500,00 €	20%	80%
über 500,01 €	16%	84%

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

## VII. Zusätzliche Leistungen

§ 11 Abs. 6 SGB V lässt zusätzliche Satzungsleistungen der Krankenkassen nicht für ärztliche Leistungen zu. Gestützt auf § 23 SGB V werden von den Aufsichten allerdings bei der Leistung von Risikofaktoren darüber hinausgehende Satzungsleistungen der Krankenkassen geduldet, weshalb eine Ergänzung um eben diese angezeigt scheint:

### 1. Osteopathiebehandlungen

Die BKK SBH erstattet die Kosten für Osteopathiebehandlungen in folgendem Umfang und unter den folgenden Voraussetzungen:

- Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für Osteopathiebehandlungen im Bereich der Heilmittel erstattet. Der Anspruch auf Erstattung besteht je Kalenderjahr für 6 Sitzungen bis zu 80 % der Rechnung, höchstens 50 Euro je Sitzung.
- Erstattungsfähig sind Behandlungen welche durch Ärzte erfolgen, die eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt, durch Heilpraktiker mit der Ausbildung zum Physiotherapeut die eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt, erfolgen.

Für den Teilbereich der Physiotherapie darf die Behandlung auch durch Physiotherapeuten die eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt, erfolgen, wenn eine entsprechende ärztliche Verordnung für Osteopathie vorliegt. Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der Originalrechnung sowie ggf. der ärztlichen Verordnung zu beantragen.

Hat er Versicherte gegenüber einer anderen Stelle einen Erstattungsanspruch, so ist diese Leistung auf den Erstattungsbetrag der BKK SBH anzurechnen.

### 2. Künstliche Befruchtung

Die BKK SBH übernimmt neben den gesetzlich vorgeschriebenen 50 v. H. der Behandlungskosten weitere 25 v. H. der mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten abzüglich der Kosten, die nach Bundes- oder Landesrecht von Dritten zu tragen sind.

Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der BKK SBH versichert sind. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

Der Antrag auf Kostenbeteiligung ist innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungslegung (Rechnungsdatum) bei der BKK SBH zu stellen.

### 3. Osteoporose

Die BKK SBH gewährt bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen des Krankheitsrisikos der Osteoporose einen Zuschuss für eine Osteoporose Untersuchung im Kalenderjahr von 85 % maximal 40 Euro. Die zahlungsbegründenden Unterlagen sind bis zum 30. Juni des Folgejahres einzureichen.

#### 4. Professionelle Zahnreinigung

Die BKK SBH gewährt einen Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung Untersuchung im Kalenderjahr von 85 % maximal 50 Euro. Die zahlungsbegründenden Unterlagen sind bis zum 30. Juni des Folgejahres einzureichen.

#### 5. Glaukom Untersuchung

Die BKK SBH gewährt einen Zuschuss für eine Glaukom Untersuchung im Kalenderjahr von 85 % maximal 20 Euro. Die zahlungsbegründenden Unterlagen sind bis zum 30. Juni des Folgejahres einzureichen.

#### 6. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie)

Die BKK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Phytotherapie für Versicherte bis zum 18. Lebensjahr, sofern

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

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

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

Die BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 50,00 € pro Kalenderjahr und Versicherten.

Zur Erstattung sind der BKK die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

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

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

## 7. Gesundheitskonto „Junge Familie“

um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken und ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht, erstattet die BKK SBH pro Schwangerschaft im Rahmen des Gesundheitskontos „Junge Familie“ die Kosten über die gesetzlichen Regelungen hinaus, wie folgt:

- einmal Nackenfaltenmessung bis zu 100 €.
- einmal zusätzliche Screening Untersuchungen außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien wie das Ersttrimesterscreening oder den Harmony-Test bis zu 100 €.
- zusätzliche Ultraschalluntersuchung außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien bis zu 50 €.
- maximal vier zusätzliche Blutuntersuchungen außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien wie Glukosetoleranztest, Streptokokkentest, Toxoplasmosetest, Triple-Test, Windpockentest, Zytomegalietest, bis zu je 25 €.
- von einem zugelassenen Arzt empfohlene Arzneimittel, mit den Wirkstoffen Folsäure oder Magnesium sowie Eisenpräparate, zur Unterstützung der gesunden Entwicklung des Kindes während der Schwangerschaft, bis maximal 50 Euro.
- die Teilnahme des Ehegatten bzw. Lebenspartners an einem Geburtsvorbereitungskurs, bis zu 50 Euro.
- eine Akupunkturbehandlung zur Geburtsvorbereitung bis maximal 25 Euro.
- Gesundheitskurse sowie Gesundheitspflegekurse und Erste-Hilfe-Kurse der Mutter oder des Vaters und deren Baby im ersten Lebensjahr, zur Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens und der Früherkennung, in Höhe von maximal 50 Euro. Das Kind muss bei der BKK SBH versichert sein.

Die Untersuchungen und Behandlungen müssen von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder einer zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme empfohlen und durchgeführt werden.

Die Erstattung für die Leistungen des Gesundheitskontos „Junge Familie“ umfasst maximal 120 Euro je Schwangerschaft. Soll das Kind nach der Geburt bei der BKK SBH versichert werden, erhöht sich der Maximalbetrag des Gesundheitskontos „Junge Familie“ um 60 Euro je Kind. Sind darüber hinaus auch beide Eltern am Ende der Laufzeit des Gesundheitskontos „Junge Familie“ BKK SBH versichert, erhöht sich das Gesundheitskonto um weitere 40 Euro je Kind.

Zur Erstattung der Kosten sind die zahlungsbegründenden Unterlagen für die genannten Leistungen bis spätestens drei Monate nach Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes bei der BKK SBH einzureichen. Anspruchsberechtigt ist die bei der BKK SBH versicherte Mutter.



## 8. Ärztliche Zweitmeinung

„Über den gesetzlichen Anspruch auf ärztl. Zweitmeinung nach §27b SGB V hinaus können Versicherte, die eine ärztliche Therapieempfehlung oder Empfehlung zur Durchführung einer Operation erhalten haben, eine ärztliche Zweitmeinung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, wenn sie einer Offenlegung der Daten gegenüber der Betriebskrankenkasse zustimmen. Indikationen, die in den GBA-Richtlinien nach § 27b Abs. 2 SGB V aufgeführt sind, sind von der Satzungsregelung ausgeschlossen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, welche in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten und welche über eine Qualifikation verfügen, wie sie für die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer gilt.“

## § 12a Primärprävention

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt/Setting-Ansatz und individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

### Bewegungsgewohnheiten:

Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher 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 .

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse je Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung, einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 250,- Euro je Kalenderjahr gewährt.

Leistungen werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung ) nach § 20b SGB V.

## § 12b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H.:
  - Cholera
  - Gebärmutterhalskrebs (HPV) bis 25. Lebensjahr
  - Gelbfieber
  - Hepatitis A + B
  - Hirnhautentzündung (FSME)
  - Japanische Enzephalitis
  - Malariaprophylaxe
  - Meningokokken-Meningitis
  - Rotaviren bis zur Vollendung der 26. Lebenswoche nach ärztlicher Empfehlung
  - Tollwut
  - Typhus
- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- III. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

## § 12c Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- 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 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## **§ 12d Persönliche elektronische Gesundheitsakte**

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK SBH ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der BKK SBH für die Versicherten tätig wird.

Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Nr. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK SBH).

Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

## **§ 14 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 53 Abs. 8 SGB V)**

Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme für einen oder mehrere Tarife bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 EUR betragen.

Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden bei der Berechnung der Prämienzahlung nicht berücksichtigt.

## **§ 15 Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73b Abs. 4 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der Betriebskrankenkasse ist nicht möglich.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte (§ 73b Abs. 6 SGB V).
- III. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V). Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln (§ 73b Abs. 3 S. 6 SGB V).

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem Vertrag der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg mit dem Deutschen Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg e.V. kann der Versicherte frühestens mit einer Frist von einem Monat zum Ende seines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden.
- V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach

Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.)

## **§ 15a Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassen über Inhalte und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c Abs. 5 SGB V).
- III. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an die sich aus der Teilnahme ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden, er darf bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung kann der Versicherte mit einer Frist von zwei Wochen zum Ende des ersten Jahres kündigen. Danach ist die Kündigung mit einer Frist von zwei Wochen zum Quartalsende möglich.

Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Leistungserbringer aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden.

- V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Betriebskrankenkasse im Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.

### **§ 15b Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)**

- I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
- a. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
  - b. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
  - c. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
  - d. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
  - e. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
  - f. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

### **§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (§ 53 Abs. 3 SGB V)<sup>1</sup>**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere 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 Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere Versorgungsform. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über<sup>2</sup>
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
  - die Freiwilligkeit der Teilnahme,
  - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
  - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
  - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,

<sup>1</sup> Verträge, die nach § 140a SGB V in der am 22.07.2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort, § 140a Absatz 1 Satz 3 SGB V.

<sup>2</sup> Diese Regelung ergibt sich aus der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V vom 26.08.2013.

- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 140a Abs. 4 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.



## § 15d Wahltarife Krankengeld

- I. Die BKK SBH bietet
  - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs.2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
  - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V) einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder §46 Satz 3 SGB V gewählt habenund
  - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

### Teilnahme

1. Die BKK SBH bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
  - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
  - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.“
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK SBH erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK SBH folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

### Laufzeit/Bindungsfrist

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

### **Tarifende/Kündigung**

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK SBH.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v.H., bezogen jeweils auf 4 ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

### **Obliegenheiten der Teilnehmer**

6. Die Mitglieder müssen die BKK SBH unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK SBH aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK SBH haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK SBH nachzuweisen und die BKK SBH über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60, 63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

### **Prämien**

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen i.S.d. § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i.S.d. § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die BKK SBH darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

### **Anspruch**

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i.S.d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK SBH bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i.V.m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
  1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit).

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK SBH nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK SBH kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- werden andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung / Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach dem SGB VV, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK SBH

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

### **Zahlung**

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK SBH an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

### **Dauer**

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

## Höhe

### 26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

die in § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

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

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

27. Die BKK SBH kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

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

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

## Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK SBH nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK SBH folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26ff genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK SBH über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

## **§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

### **I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V):**

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen nachweisen:

1.1 Der Versicherte nimmt an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil oder bezahlt diese unabhängig vom Lebensalter selber, wenn kein Kostenübernahmeanspruch nach dem SGB V besteht.

1.2 Der Versicherte nimmt an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil oder bezahlt eine privat in Anspruch genommene Krebsfrüherkennungsuntersuchung unabhängig vom Lebensalter selber.

1.3 Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.

1.4 Der Versicherte nimmt zur Gesunderhaltung der Zähne kalenderjährlich einmal die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach §22 Abs. 1 SGB V oder wie in § 55 SGB Abs. 1 Satz 4 SGB V gefordert in Anspruch.

1.5. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20i Abs. 1 SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen. Ein gültiger Impfschutz für Tetanus, Diphtherie und Polio muss nachgewiesen sein.

1.6. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein oder nimmt an einer Sportveranstaltungen in Ausdauersportarten teil.

1.7. Der Versicherte ist Mitglied in einem Fitness-Center

1.8. Der Versicherte erwirbt das deutsche Sportabzeichen, oder ein Leistungsabzeichens des deutschen Schwimmverbands, oder ein Leistungsabzeichen des Bundes der deutschen Radfahrer.

1.9. Der Versicherte weist eine sportmedizinische bzw. ernährungsmedizinische Untersuchung nach.

1.10. Der Versicherte nimmt an einer Präventionsmaßnahme die von der BKK SBH oder dem Arbeitgeber gefördert werden teil.

Als Bonus wird dem Versicherten ein einmaliger Betrag in Höhe von 20,-- Euro gutgeschrieben, wenn bis zum 30. Juni des Folgejahres für das zurückliegende Kalenderjahr zwei der aus Punkt 1.1 bis 1.5 genannten Voraussetzungen nachgewiesen wurden und zum Zeitpunkt des Antrags eine ungekündigte Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse besteht.

Der Bonus wird auf 40,-- Euro erhöht, wenn der Versicherte aus den Punkten 1.6 bis 1.10 eine weitere Inanspruchnahme nachweist. Der Bonus ist auf



höchstens 140,- Euro jährlich je Mitglied (einschließlich des mitversicherten Angehörigen) begrenzt.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Voraussetzungen bei der BKK SBH erhöht sich der Bonus jährlich um 20 Euro (Treuebonus). Wird die Teilnahme am Bonusprogramm um ein Kalenderjahr oder länger unterbrochen, wird bei Einreichung eines neuen Bonusnachweises der zuletzt gewährte Treuebonus bewilligt. Der Treuebonus erhöht sich erst dann wieder, wenn die Voraussetzungen auf einen Bonus ununterbrochen nachgewiesen werden.

Der maximal zu erreichende Bonus beträgt 150 Euro je Mitglied (einschließlich der mitversicherten Angehörigen). Ab zwei mitversicherten Angehörigen erhöht sich der maximale Bonusbetrag auf 200 Euro.

2. Versicherte Auszubildende oder versicherte immatrikulierte Studenten können in den Lebensjahren in denen Sie die Ausbildung/das Studium beginnen, durchführen oder beenden, alternativ zum Bonus nach §16 I. 1. nachfolgende Kriterien nachweisen:

2.1 .Der Versicherte nimmt (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.

2.2. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20i Abs. 1 SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen. Ein gültiger Impfschutz für Tetanus, Diphtherie und Polio muss nachgewiesen sein.

2.3. Der Versicherte nimmt an einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung teil.

2.4. Der Versicherte nimmt zur Gesunderhaltung der Zähne kalenderjährlich einmal die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach §22 Abs. 1 SGB V oder wie in § 55 SGB Abs. 1 Satz 4 SGB V gefordert in Anspruch.

2.5. Der Versicherte ist Mitglied in einem Fitness-Center oder aktives Mitglied in einem Sportverein.

2.6. Der Versicherte erwirbt das deutsche Sportabzeichen, oder ein Leistungsabzeichens des deutschen Schwimmverbands, oder ein Leistungsabzeichen des Bundes der deutschen Radfahrer.

2.7. Der Versicherte erbringt den Nachweis, dass eine sportmedizinische bzw. ernährungsmedizinischen Untersuchung durchgeführt wurde.

2.8. Der Versicherte nimmt an Präventionsmaßnahmen welche durch die BKK SBH gefördert werden teil.

2.9. Der Versicherte nimmt an Präventionsmaßnahmen welche durch den Arbeitgeber gefördert werden teil.

2.10. Der Versicherte nimmt an einem Erste-Hilfe-Kurs teil.

Als Bonus wird dem Versicherten während ihrer Ausbildung oder ihres Studiums ein einmaliger Betrag in Höhe von 40 Euro zu Beginn des Jahres gutgeschrieben, wenn bis zum 30. Juni des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr zwei der aus Punkt 2.1. bis 2.4. genannten Voraussetzungen nachgewiesen wurden und zum Zeitpunkt des Antrags eine ungekündigte Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse besteht.

Der Bonus wird um 40 Euro erhöht, wenn neben dem Nachweis zweier Kriterien der Punkte 2.1. bis 2.4., ein weiteres Kriterium der Punkte 2.5. bis 2.7. nachgewiesen werden.

Der Bonus wird um 40 Euro erhöht, wenn neben dem Nachweis zweier Kriterien der Punkte 2.1. bis 2.4., ein weiteres Kriterium der Punkte 2.8. bis 2.10. nachgewiesen werden.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Voraussetzungen als Auszubildender oder Student werden diese auf den Treuebonus nach §16 I. 1. angerechnet.

3. Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensmonats, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sämtliche Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt wurden (U1 – U7) und die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen durchgeführt worden sind. Die Nachweise sind durch Eintragungen in einem Kinderuntersuchungsheft und/oder Impfbuch (z.B. der Who) mit Arztstempel und Unterschrift zu erbringen. Der Bonus beträgt 100,00 € und wird auf Antrag als Geldprämie an das Mitglied nach Abschluss der U7 (21. – 24. Lebensmonat) ausgezahlt. Der Bonus ist innerhalb von 12 Monaten nach erfolgter U7 Untersuchung vom Mitglied zu beantragen.

4. Versicherte der BKK SBH erhalten einen Bonus von einmalig 75,00 Euro für Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung der BKK SBH, wenn zum Zeitpunkt des Antrags eine ungekündigte Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse besteht. Der Antrag auf Bonuszahlung ist bis zum 30.06. des Folgejahres nach der Einschreibung einzureichen.

## **II. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe (§ 65a Abs. 2 SGB V):**

Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern. Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten. Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit den von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonussystems im Einzelnen regelt.

## **§ 17 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen (§ 194 Abs. 1a SGB V).

## **§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem AAG**

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

## **§ 19 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg sowie das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg.

## **§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## **§ 21 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, außerdem durch Bekanntgabe im Internet unter [www.bkk-sbh.de](http://www.bkk-sbh.de).

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

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

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 19. März 2019 beschlossen.
2. Die Satzung tritt zum 1. April 2019 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 29. Dezember 2018 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Trossingen, den 19. März 2019

Thomas Burger

Vorsitzender des Verwaltungsrates

## **Bestimmungen über die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats**

Gem. § 41 SGB IV hat der Verwaltungsrat folgende Entschädigung festgesetzt:

### **1. Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates**

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

#### **1.1 Erstattung barer Auslagen**

Die baren Auslagen der Mitglieder des Verwaltungsrates werden nach festen Sätzen erstattet. Im Einzelnen werden gewährt:

##### **1.1.1 Tagegeld**

Das Tagegeld wird nach den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg (LRKG) gezahlt.

Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind.

Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, so ist das Tagegeld entsprechend § 12 Abs. 1 LRKG zu kürzen.

##### **1.1.2 Übernachtungsgeld**

Für jede erforderliche Übernachtung außerhalb des Wohnortes wird ein Übernachtungsgeld nach der für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des LRKG gezahlt.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

##### **1.1.3 Fahrkosten**

Fahrkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen bei Benutzung der üblichen öffentlichen Verkehrsmittel (z.B. Eisenbahn 1./2. Klasse, Autobus, Straßenbahn) gezahlt. Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges (PKW) wird eine Entschädigung entsprechend § 6 Abs. 2 und 4 LRKG gewährt.

##### **1.1.4 Nebenkostenersatz sowie Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld**

Die für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des LRKG über Nebenkostenersatz und über Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld werden entsprechend angewandt.

### **1.1.5 Kraftfahrer**

Tage- und Übernachtungsgeld werden entsprechend 1.1.1 und 1.1.2 für einen Kraftfahrer nur dann erstattet, wenn das Mitglied des Verwaltungsrates das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

### **1.1.6 Wegfall des Anspruchs**

Soweit ein Organmitglied Reise- und Fahrkostenersatz von dritter Stelle erhält, bestehen keine Ansprüche gegen die Betriebskrankenkasse.

## **1.2 Ersatz für Verdienstaufschlag und Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen**

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt. Außerdem werden ihnen die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI erstattet.

Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 3 genannten Höchstbetrages zu ersetzen.

Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

## **1.3 Pauschbetrag für Zeitaufwand**

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird für jeden Kalendertag einer Sitzung für den regelmäßigen außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwand, insbesondere für die Vorbereitung der Sitzungen, ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75,00 Euro geleistet.

Unter „Sitzung“ ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers (Verwaltungsrat, Ausschüsse) einschl. der Gruppenvorbesprechungen zu verstehen. Andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Kongresse fallen nicht unter den Begriff „Sitzung“.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand wird den Mitgliedern des Verwaltungsrates - ausgenommen des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, wenn sie eine zusätzliche Entschädigung für die Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen erhalten - auch für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann geleistet, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

**2. Verfahren**

Die Entschädigung nach Nr. 1 ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme.

## **Anlage zu § 18 der Satzung der BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg**

### **Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)**

#### **§ 1**

##### **Anwendbare Vorschriften**

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

#### **§ 2**

##### **Organe, Zusammensetzung**

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

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

Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.



#### **§ 4 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

Am Ausgleichsverfahren U1 nehmen die Arbeitgeber teil, die in der Regeausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG). Abweichend hiervon sind die in § 11 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.

Am Ausgleichsverfahren U2 nehmen alle Arbeitgeber – mit Ausnahme der in § 11 Abs. 2 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen – unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten teil (§ 1 Abs. 2 AAG).

Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen (§ 1 Abs. 3 AAG).

#### **§ 5 Höhe der Erstattungen nach dem U1- Verfahren**

- I. Die Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern (U1-Verfahren) auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts.
- II. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
- III. 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.

#### **§ 6 Höhe der Erstattungen nach dem U2-Verfahren**

- I. Die Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt.
- II. Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge werden 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 Umlagen 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 der für die Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 10 AAG i.V.m. §§ 23, 28a ff SGB IV).

## **§ 8 Umlagesätze**

- I. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U1 beträgt 2,3 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.
- II. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U2 beträgt 0,40 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.

## **§ 9 Bildung von Betriebsmitteln**

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

## **§ 10 Haushaltsplan**

- I. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.
- II. Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat. § 2 Abs. II gilt entsprechend.

**§ 11**  
**Jahresrechnung**

- I. Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen.
- II. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme 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.

**§ 12**  
**Inkrafttreten**

Die Anlage zu § 18 der Satzung tritt am 01. Januar 2017 in Kraft.

Trossingen, den 13. Dezember 2016

Thomas Burger

Vorsitzender des Verwaltungsrates