



Satzung

der

Betriebskrankenkasse

VerbundPlus

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschüsse
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 7a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Wahltarif Selbstbehalt
- § 12b Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V)
- § 12c Schutzimpfungen
- § 12d Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen (§23 SGB V)
- § 13a Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen
- § 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13d Wahltarif integrierte Versorgung
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe
- § 15 Wahltarife Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen

Abkürzungen

AAG	Aufwendungsausgleichsgesetz
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
NOG	1. bzw. 2 GKV-Neuordnungsgesetz
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVHV	Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung
SVRV	Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V) und führt den Namen BKK VerbundPlus.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 88400 Biberach, Bismarckring 64

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der

- **EnBW Regional AG** mit dem
Regionalzentrum Heuberg-Bodensee in Tuttlingen
Regionalzentrum Neckar-Franken in Öhringen,
Regionalzentrum Oberschwaben in Biberach,
Regionalzentrum Oberschwaben, Bezirkszentrum Ravensburg,
Regionalzentrum Schwarzwald-Neckar in Herrenberg,
Regionalzentrum Stuttgart in Stuttgart,
- **EnBW Vertriebs- und Servicegesellschaft mbH** in Biberach
- **EnBW Kraftwerke AG**, Stuttgart in Heilbronn und Marbach
- **EnBW Transportnetze AG**, Stuttgart in Stuttgart und Wendlingen
- **EnergieDienst Holding AG**, CH-Laufenburg
- **Liebherr-Verzahntechnik GmbH** Werk Ettlingen
- **Promera GmbH** Ettlingen
- **Global Safety Textiles GmbH**, Säckingern mit dem Zweigbetrieb in Murg
- **BBBank eG**, Karlsruhe mit ihren Zweigstellen und Zweigniederlassungen
in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen,
Rheinland, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Sachsen
- **SCHWENK Zement KG** mit den Sitzorten Allmendingen (Baden-Württ.), Bernburg (Sachsen-Anhalt), Karlstadt (Bayern), Mergelstetten (Baden-Württ.) und Ulm (Baden-Württ.)
- **SCHWENK Dämmtechnik GmbH & CoKG** mit den Sitzorten Allmendingen, Biedenkopf (Hessen), Celle (Niedersachsen), Glöthe (Sachsen- A.), Landsberg (Bayern), Dillingen (Bayern) und Wyhl (Baden-Württ.)
- **SCHWENK Betontechnik GmbH & CoKG** mit den Sitzorten Elchingen/ Thalfingen (Bayern), Glöthe (Sachsen-A.), Lingenfeld (Rheinland-Pfalz), Münchweiler (Rheinland-Pfalz), Speyer (Rheinland-Pfalz), Eggenstein (Baden-Württ.), Wyhl (Baden-Württ.)
- **SCHWENK Putztechnik GmbH & CoKG** mit den Sitzorten Allmendingen (Baden-Württ.), Bernburg (Sachsen-A.), Eggenstein (Baden-Württ.), Eigeltingen (Baden-Württ.), Nürnberg (Bayern), Schreiersgrün (Sachsen), Wittislingen (Bayern) und Ulm
- **Energieversorgung Sachsen Ost AG**, Dresden
- **DREWAG Stadtwerke Dresden GmbH**, Dresden
- **Gasversorgung Sachsen Ost GmbH**, Dresden
- **Geschäftsbesorgung Energieversorgung Sachsen Ost AG**, Dresden

-
- **Gasversorgung Pirna GmbH**, Pirna
 - **Stadtwerke Zittau GmbH**, Zittau
 - **Energie- und Wasserwerke Bautzen GmbH**, Bautzen
 - **Stromversorgung Pirna GmbH**, Pirna
 - **Stadtwerke Elbtal GmbH**, Coswig
 - **DGIS Service GmbH**, Dresden
 - **SBS-Werk-Metalltechnik GmbH**, Dresden
 - **Hoppmann KG**, Dresden
 - **Bartz-Werke Gießerei Dresden GmbH**, Dresden
 - **Bobach-Systemtechnik GmbH & Co. KG**, Dresden
 - **Hahnewald GmbH**, Dresden

Die Betriebskrankenkasse erstreckt sich zudem auf die Gebiete der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.

§ 2 Verwaltungsrat

- (1)
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3 a 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 01.01. des Kalenderjahres (§ 62 Abs. 3 SGB IV).

- (2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören bis zum Ablauf der 10. Wahlperiode als Mitglieder 13 Versichertenvertreter und 13 Vertreter der Arbeitgeber an. Mit Beginn der 11. Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat 10 Versichertenvertreter und 10 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 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. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

-
4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
 5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstands zu beauftragen (§ 35 a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§197 Abs.1 Nr.5 SGB V),
 10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 171a Abs.1 Satz 1 SGB V bzw. § 150 Abs.1 Satz 1 SGB V)
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs. 1 SGB IV).
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse (§ 197 Abs. 3 SGB V).
- (6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäss § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) 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).
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

- (9) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs.3 SGB IV), wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung oder den Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an (§ 35 a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a 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 (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s 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.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs.2 Satz 3, 4 SGB V).

- (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchausschüsse

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird zwei Widerspruchausschüssen übertragen (§ 36 a SGB IV). Die Widerspruchausschüsse haben ihren Sitz

in 88400 Biberach, Bismarckring 64
für den Betreuungsbereich der Regionalservices Biberach, Ettlingen, Ulm und Rheinfeldern.

in 01219 Dresden, Wiener Str. 80 a
für den Betreuungsbereich der Regionalservices Dresden und Bernburg.

- (2) 1. Die Widerspruchausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Vertreter aus der Gruppe der Arbeitgeber nach § 47 Abs. 2 i. V. mit § 51 SGB IV und § 36 a Abs. 2 SGB IV.
2. Jedes Mitglied der Widerspruchausschüsse hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Versichertenvertreter der Widerspruchausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchausschüsse ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

-
5. Der Vorsitz der Widerspruchsausschüsse wechselt zwischen Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Die Vorsitzenden werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bestimmt. Die Vorsitzenden bestimmen die Schriftführer, die auch Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein können.
 6. Das Vorstandsmitglied mit dem entsprechenden Geschäftsbereich oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von den Widerspruchsausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.
 - (4) Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen**(1) Versicherungspflichtige Mitglieder**

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte; die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1. AGB V),
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird (§ 5 Abs. 3 SGB V),
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§143 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 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.
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des KSVG,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

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

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

(2) Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren (§ 9 Abs. 1. Nr. 1 SGB V); 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,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 des 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. 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 50 Jahre alt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

-
4. 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),
 5. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- (3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 der Satzung genannten Bereich gehören, oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat, oder
 3. der Ehegatte/Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.
- (4) Familienversicherte
- Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet vom dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
- (2) Erhebt die Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- (3) Abweichend von Abs. 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- 4) Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie Absatz 3 gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach §12a oder § 15 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der § 12a Absatz 7 oder des § 15 Absätze 14 und 15 gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 7a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- (1) Die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK-Landesverband Mitte übertragen.
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK VerbundPlus; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet.
- (3) Bezüglich des U1- und U2- Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2- Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- (1) Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Absatz 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- (2) Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet;
- (3) Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- (3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 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

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung (§§ 20 bis 24 SGB V)
- zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 26 SGB V)
- zur Behandlung von Krankheiten (§§ 27 bis 52 SGB V)
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195 bis 200 b RVO)
- zur Empfängnisverhütung (§ 24 a SGB V)
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation (§ 24 b SGB V)
- 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.

(2) Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 SGB V)

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. Die Dauer ist auf 13 Wochen je Krankheitsfall begrenzt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

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

(3) Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 2 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, längstens jedoch für die Dauer von 26 Wochen und für 8 Stunden je Kalendertag (§ 38 Abs. 2 SGB V).
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 Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

(4) **Kostenerstattung (§ 13 SGB V)**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der BKK. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält. Wurde ein Wahltarif nach § 12a Abs. 1 gewählt (Selbstbehalt), gilt die Kündigungsfrist des § 12a Abs. 7 entsprechend.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es

sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10,0 v. H. mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR je Erstattungsfall für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

7. Abweichend von Ziffer 6 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder 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.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel (§ 13 SGB V)

Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die BKK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der BKK zu wählen.

1. Zur Erstattung sind die spezifischen Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Der Erstattungsbeitrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 20 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

2. § 12 Abs. (4) Nr. 4 und 5 gelten.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

- (1) Mitglieder, die Kostenerstattung nach § 12 Absatz 7 Nr. 1 – 6 gewählt haben, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 150 EUR, 300,00 EUR oder in Höhe von 500 EUR übernehmen (Selbstbehalt).
- (2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
 - Prävention (§§ 20 und 20d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- (3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.
- (4) Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 150,00 EUR jährlich 60,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300,00 EUR jährlich 120,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 500,00 EUR jährlich 200,00 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im Monat Mai für das abgelaufene Kalenderjahr.
- (5) Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Quartals. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz 1 und die Prämienzahlung nach Absatz 4 anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.

Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden.

- (6) Bei der Erstattung der Kosten wird der Selbstbehalt in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter § 12 Absatz 7 Ziffern 1 bis 6 beschriebene Verfahren.
- (7) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 12 b Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V)

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung " Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- 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:

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

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

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 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150 EUR je Maßnahme gewährt. Die Betriebskrankenkasse bezuschusst maximal zwei Kurse je Kalenderjahr je Versicherter. Die Inanspruchnahme gleichartiger Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

Der Zuschuss für Präventionsmaßnahmen bei einer „BKK-Aktivwoche“ beträgt für Versicherte maximal 160 EUR, für mitversicherte Angehörige vom 4. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres maximal 110 EUR.

§ 12c Schutzimpfungen

Der Versicherte erhält Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Der Versicherte erhält auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

§ 12d Leistungsausschluss

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.

§ 13a Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (§§ 63 ff SGB V)

Die BKK führt folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmzulassung, für die Versicherten der ehemaligen BKK Schwenk mit dem 01.01.2007, und enden am 31.12. 2010.

§ 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

- (3) Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz 2 ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz 2 kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. Entsprechende Regelungen in den für die jeweiligen Regionen abgeschlossenen Verträgen gehen dieser Bestimmung vor.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) durch.

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

Versicherten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm gemäß § 137f SGB V teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Abs. 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung.

§ 13d Wahltarif integrierte Versorgung

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (3) Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme folgende Zuzahlungen:
 - Zuzahlung zur stationären Behandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V)
 - Zuzahlung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
 - Zuzahlung zu Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)
 - in Höhe von 100 v. H.

Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- (1) Mitglieder und Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen vollständig nachweisen:
1. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Die Versicherten nehmen jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SBV V teil.
 3. Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehene Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Die Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres nehmen einmal jährlich die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr in Anspruch zu nehmen.
 5. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27.
 6. Der Versicherte ist Nichtraucher.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt im BKK-Bonusheft quittiert.

- (2) Der Bonus wird den Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Absatz 1 ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt im Folgejahr ausschließlich auf Antrag des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Die Bonuszahlung wird nur dann gewährt, wenn der Antrag bis zum 31.03. des Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr gestellt wird und zum Zeitpunkt der Auszahlung eine ungekündigte Mitgliedschaft bzw. eine laufende Versicherung bei der BKK VerbundPlus besteht. Die Versicherten haben jährlich die Wahl zwischen zwei Bonusvarianten. Die Versicherten können entweder Variante 1 oder Variante 2 wählen.

Variante 1:

Der Bonus wird auf Antrag als feste Geldprämie ausbezahlt und ist auf 40 EUR je Bonusjahr je Versicherter begrenzt. Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Variante 2:

Mit dieser Variante beteiligt sich die BKK VerbundPlus an den Kosten, die die Versicherten in Eigenleistungen für Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen erbringen.

Die Versicherten erhalten einen jährlichen Zuschuss zu folgenden Maßnahmen:

1. Die Versicherten treiben regelmäßig Sport, qualitätsgesichert im Fitnessstudio (mehr als 6 Monate im Kalenderjahr).
2. Die Versicherten nehmen qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum in Anspruch und diese Leistung wurde von der BKK VerbundPlus nicht nach § 12b der Satzung bezuschusst.
3. Die Versicherten nehmen Leistungen von sonstigen Leistungserbringern (z.B. Osteopathen) in Anspruch, die nicht von der BKK VerbundPlus bezahlt werden.
4. Die Versicherten nehmen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, die nicht von der BKK VerbundPlus bezahlt werden.

Der jährliche Zuschuss beträgt bis zu 100 EUR der nachgewiesenen Kosten je Versicherter. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr oder Angehörige ist nicht möglich.

(3) Familienversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen vollständig nachweisen:

1. Sie nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
2. Das Körpergewicht bewegt sich im Bereich des Normalgewichts (10 – 90 Perzentile) oder es erfolgt die Teilnahme an einer qualifizierten Maßnahme zur Gewichtskorrektur.
3. Die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgt einmal je Kalenderhalbjahr.

(4) Jedes teilnehmende Kind erhält einen jährlichen Bonus von 25,00 EUR. Die Auszahlung erfolgt an das Mitglied gemäß Absatz 2.

(5) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Versicherten können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe (§ 65 a SGB V)

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

- (2) Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1. und 2. sowie mindestens zwei weitere Punkte nachweist:
 1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und / oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF
 3. Es besteht seit mindestens 1 Jahr ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der BKK.
 4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 5. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.

- (3) Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 1. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.
 2. Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 3. das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche / Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - d) Betriebliches Vorschlagswesen

- (4) Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in Stufe 3, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:
1. Im Unternehmen werden BGF - Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Vorhalten von Gymnastik- und / oder Ruheräumen
 - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
 - c) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
 - d) Ermöglichung von Check-ups während der Arbeitszeit
 - e) Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebs-sports
 - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
 - h) Angebote zur betrieblichen Suchtvorbeugung
 - i) Gesunde und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.)
 2. Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 3. Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
- (5) Der Bonus aus Stufe 1, 2 und 3 erhöht sich in der Stufe 4 um die bei der BKK erzielten Einsparungen, wenn die BKK bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II bis IV durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende Gesundheitsbezogenen Effekte ermittelt:

Senkung des Krankenstandes
Senkung der Entgeltfortzahlungen
Senkung der Arzneimittelausgaben
Senkung der Krankenhauskosten

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

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres und nur in Kombination mit der Wahl des gesetzlichen Krankengeldes.
- (2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S43) ,
 2. bei Mitgliedern nach dem KSVG ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K15)(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn der Tarif innerhalb von einem Monat nach Genehmigung des Wahltarifs durch die Aufsicht rückwirkend zum 1. August

2009 gewählt wurde. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz 13 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

- (4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- (5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (6) Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 - mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 14 oder 15
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

- (7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten wahlweise

Einkommen monatlich	Tagegeld
ab 0 €	10,00 €
ab 2.000 €	20,00 €
ab 3.000 €	30,00 €
ab 3.773 €	40,00 €
ab 4.073 €	50,00 €
ab 4.373 €	60,00 €
ab 4.673 €	70,00 €
ab 4.973 €	80,00 €
ab 5.273 €	90,00 €
ab 5.573 €	100,00 €

Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die nach dem KSVG Versicherten wahlweise

Einkommen monatlich	Tagegeld
ab 0 €	30,00 €
ab 1.715 €	40,00 €
ab 2.143 €	50,00 €
ab 2.572 €	60,00 €
ab 3.000 €	70,00 €
ab 3.429 €	80,00 €

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Im Fall der Krankengeldzahlung erfolgt eine erneute Überprüfung des Arbeitsentgelts/ Arbeitseinkommens für den letzten Monat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens besteht für die nach dem KSVG Versicherten nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

-
- (9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Monat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
- (10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. § 48 SGB V gilt entsprechend./
- (11) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- (12) Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.
- (13) Frühmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

- (14) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz 15 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (15) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.
- (16) Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz 3 und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarifgruppenkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifgruppen

Tarif	EUR
S43-10	12,48
S43-20	21,84
S43-30	31,20
S43-40	40,56
S43-50	49,92
S43-60	59,28
S43-70	68,64
S43-80	78,00
S43-90	87,36
S43-100	96,72

Tarif	EUR
K15-30	13,98
K15-40	17,28
K15-50	20,57
K15-60	23,86
K15-70	27,15
K15-80	30,44

-
- (17) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.
- (18) Die Prämie ist monatlich zu zahlen. Sie wird am 15. des Folgemonats fällig.
- (19) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- (20) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse. Außerdem im Internet unter www.bkk-verbundplus.de, sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde beschlossen in den Sitzungen der Verwaltungsräte der BKK Energieverbund und der BKK Schwenk am 29.06.2006.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2007 in Kraft.

Stand: Inklusive der Satzungsnachträge 1 - 10