

# **Satzung der energie-Betriebskrankenkasse**

**gültig ab**

**1. Januar 2017**

Stand:

Nachtrag Nr. 7

genehmigt vom BAS am 29. Dezember 2020

Inkrafttreten zum 1. Januar 2021

## Präambel

Die energie-BKK ist die Krankenkasse für Familie und Partnerunternehmen. Sie ist der aktive Partner ihrer Versicherten bei der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie der Behandlung von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Ihr Handeln richtet sich nach dem Bedarf und den Interessen ihrer Versicherten, soweit es Gesetz und andere rechtliche Normen ermöglichen. Die energie-BKK fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Versicherten am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt. Sie trägt damit zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Umwelt bei. Sie unterstützt ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzleistungen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind. Die energie-BKK wird jetzt und in Zukunft ein hohes Maß an Qualität bei ihren Leistungen erbringen. Sie geht verantwortlich mit den Beiträgen ihrer Versicherten und Arbeitgeber um und wirtschaftet kostenbewusst. Die energie-BKK ist Partner der Unternehmen in allen Fragen der Sozialversicherung und Gesundheitsförderung. Die energie-BKK motiviert und qualifiziert ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Versicherten, Arbeitgebern und Vertragspartnern. Sie fördert Eigeninitiative, Kreativität und berufliches Weiterkommen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ermöglicht eine schöpferische Kooperation. Unsere Versicherten, die Partnerunternehmen sowie die Vertragspartner erhalten damit die Gelegenheit, unser Handeln an diesen Grundsätzen zu messen.

Das Leitmotiv der energie-BKK lautet:

**„Unsere Energie für Ihre Gesundheit“**

# Übersicht zur Satzung

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

§	1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§	2 Verwaltungsrat	8
§	3 Vorstand	10
§	4 Widerspruchsausschuss	12
§	5 Kreis der versicherten Personen	14
§	6 Kündigung der Mitgliedschaft	14
§	7 Aufbringung der Mittel	15
§	8 Bemessung der Beiträge	16
§	9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	16
§	9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	16
§	10 Fälligkeit der Beiträge	17
§	10a Erhebung von Beitragsvorschüssen	18
§	11 Höhe der Rücklage	18
§	12 Leistungen	19
§	12a Primärprävention	33
§	12b Schutzimpfungen	34
§	12c Leistungsausschluss	35
§	12d Ärztliche Zweitmeinung Onkologie	35
§	13 Medizinische Vorsorgeleistungen	38
§	13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	38
§	13b Wahltarif besondere Versorgung	39
§	13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	40
§	13d Wahltarif Selbstbehalt	40
§	14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	43
§	14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	46
§	14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	46
§	14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	47
§	15 Wahltarife Krankengeld	48
§	16 Aufsicht	49
§	17 Mitgliedschaft zum Landesverband	49

§	18 Bekanntmachungen	49
---	---------------------	----

## **Artikel II**

Inkrafttreten	50
---------------	----

Anlage zu § 2 der Satzung	Entschädigungsregelung	51
---------------------------	------------------------	----

Anlage zu § 15 der Satzung	Wahltarife Krankengeld	53
----------------------------	------------------------	----

# Artikel I

## Inhalt der Satzung

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

I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen energie-Betriebskrankenkasse (Kurzform: energie-BKK).

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2017.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hannover.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Unternehmen

1. Avacon AG, Helmstedt
2. Bayernwerk AG, Regensburg
3. E.DIS AG, Fürstenwalde
4. HanseWerk AG, Quickborn
5. EAM GmbH & Co. KG, Kassel
6. Vattenfall Europe Trading GmbH, Hamburg
7. Uniper AG, Düsseldorf
8. E.ON SE, Düsseldorf, Essen und Berlin
9. Thüga AG, München
10. Open Grid Europe GmbH, Essen einschließlich der Betriebsstätten in  
Nordrhein-Westfalen: Aegidienberg, Düsseldorf-Benrath, Dorsten, Drohne, Essen-Altenessen, Krefeld-St. Hubert, Olpe, Köln-Porz, Radevormwald, Schwerte, Stolberg, Ummeln, Werne  
Niedersachsen: Berge-Emsbüren, Bunde, Krummhörn, Hannover-Vinnhorst  
Bayern: Bamberg, Eppenschlag, Eschenfelden, Neu-Ulm, Nürnberg, Renzenhof, Rimpar, Roding, Röllbach, Rothenstadt, Waidhaus, Waldershof, Wildenranna,  
Baden-Württemberg: Hügelheim, Sandhausen, Schwarzach

Hessen: Gernsheim, Niedereschbach, Reiskirchen

Rheinland-Pfalz: Mayen, Mittelbrunn, Scheidt

11. Mark-E AG, Hagen
12. E.ON Kernkraft GmbH, Hannover
13. E.ON Technologies GmbH, Gelsenkirchen
14. E.ON Business Service GmbH, Hannover, Berlin
15. E.ON Global Commodities SE, Düsseldorf, Essen
16. Westfalen Weser Netz GmbH, Paderborn
17. E-Plus Mobilfunk GmbH & Co. KG, mit den dazu gehörenden im gesamten Bundesgebiet angeschlossenen unselbstständigen Betriebsstätten
18. Wiesmoor-Gärtnerei und Baumschule GmbH, Wiesmoor
19. LBH Beteiligungen GmbH, Essen
20. erdgasheizung GmbH, Essen
21. PLEdoc GmbH, Essen
22. E.ON Ruhrgas International AG, Essen
23. Ruhrgas Industries GmbH, Essen
24. GasLine Telekommunikationsnetz-Geschäftsführungsgesellschaft deutscher Gasversorgungsunternehmen mbH, Essen
25. E.ON Ruhrgas Direkt GmbH, Essen
26. Gebrüder Colman GmbH & Co., Essen
27. ESC – Energie Service Center Verwaltungs GmbH, Neuss
28. ESC – Energie Service Center GmbH & Co. KG, Neuss
29. PLEcon – Pipeline Engineering Consulting GmbH, Berlin
30. E.ON Service GmbH, Essen
31. erdgas mobil Verwaltungs-GmbH, Essen
32. erdgas mobil GmbH & Co. KG, Essen
33. GasLine Telekommunikationsnetz Gesellschaft Deutscher Gasversorgungsunternehmen mbH & Co. KG, Straelen
34. GasLine CP Customer Projects GmbH, Straelen
35. E.ON Ruhrgas E & P GmbH, Essen
36. E.ON Bioerdgas GmbH, Essen
37. Harz Energie GmbH & Co. KG, Osterode am Harz
38. E.ON Gas Storage GmbH, Essen, Bierwang, Breitbrunn und Epe
39. E.ON Climate & Renewables GmbH, Düsseldorf
40. E.ON Gas Mobil GmbH, Essen
41. Thüga Energie GmbH, München
42. Thüga Energienetze GmbH, Schifferstadt
43. E.ON Energie Deutschland GmbH (EDG), Regensburg

44. NetConnect Germany GmbH & Co. KG, Ratingen
45. Open Grid Service GmbH, Essen
46. Vier Gas Services GmbH & Co. KG, Frankfurt
47. E.ON Kundenservice GmbH, Landshut

III Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich darüber hinaus auch auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

## § 2 Verwaltungsrat

- I
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
- II
- Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 15 Versichertenvertreter und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III
- Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,



7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
  8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
  9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
  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 Rechnungsprüfung.
- IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

## § 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

## § 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Er 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.

Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hannover.

- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 8 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK und 1 Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit entsprechender Stimmenanzahl.
  2. Im Verhinderungsfall werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses durch Listenstellvertreter vertreten. Die Liste der Stellvertreter umfasst acht Versicherten- und einen Arbeitgebervertreter.
  3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird 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. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses gewählt. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. 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.
- III Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen oder der Bußgeldbescheid als bestätigt.
- IV Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

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

- I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
  2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

## **§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft**

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 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 Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 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.

III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV Wenn ein Wahltarif nach §§ 13d, 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den in § 13d Absatz VI und der Anlage zu § 15 Nr. 3 genannten Voraussetzungen, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß §§ 13d, 15 gewählt haben.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,46 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## **§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nummer 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die energie-BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.



## § 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

- II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich 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.
- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V).

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

### Beitragsvorschüsse

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

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

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

## **§ 12 Leistungen**

### **I Allgemeiner Leistungsumfang**

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
3. Zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

### **II Häusliche Krankenpflege<sup>1</sup>**

Zusätzlich zur Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird als häusliche Krankenpflege auch die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann und nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches vorliegt.

Die Dauer ist auf maximal 12 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

---

<sup>1</sup> § 12 II, 1. Absatz geändert durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 14.08.2017, Inkrafttreten am 01.01.2017

### **III Haushaltshilfe<sup>2</sup>**

1. Über die Ansprüche gemäß § 38 Absatz 1 Satz 2 SGB V hinaus wird Haushaltshilfe für einen Zeitraum von insgesamt acht Wochen innerhalb eines Jahres gewährt, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.  
In begründeten Einzelfällen wird eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung eingeholt.  
Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn und soweit Ansprüche im Sinne des SGB XI bestehen.
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.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

### **IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

---

<sup>2</sup> § 12 III Nr. 1 geändert durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

## **V Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme 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 veranlassete 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. 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. Wurde ein Wahltarif nach § 13d (Wahltarif Selbstbehalt) gewählt, gilt die Kündigungsfrist des § 13d Absatz VI 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. Im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 25 v. H. der ausgewiesenen privatärztlichen / privat Zahnärztlichen Rechnungslegung; auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Der Erstattungsbetrag ist um 5 %, maximal 50,00 EUR je Erstattungsantrag und Kalenderjahr für Verwaltungskosten zu kürzen.

6. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.

Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 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.

## **VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

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.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und ärztlichen Verordnungen vorzulegen.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse 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.

Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

## **VII Zusätzliche Satzungsleistungen**

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V.

Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

### **A. Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
  - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit 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.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel jedoch maximal 120,00 Euro insgesamt pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden. Der gesetzliche Anspruch



gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

## **B. Schwangerschaftsleistungen<sup>3</sup>**

Für folgende, von einem Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist, durchgeführte oder veranlasste Schwangerschaftsleistungen erstattet die Betriebskrankenkasse im Einzelfall die Kosten, wenn die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken:

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Toxoplasmosetest bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),
- B-Streptokokken-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Glucose-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Ringelröteln-/Windpockentest nur bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt zu Personen mit möglichen Erregern),
- Zytomegalie-Test nur bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das sechste Lebensjahr nicht überschritten hat.

Ferner erstattet die Betriebskrankenkasse die während einer Schwangerschaft entstandenen Kosten für die folgenden nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel:

- Folsäure,
- Vitamin B 12,
- Jod.

---

<sup>3</sup> § 12 VII lit.B geändert durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass

- a. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- b. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

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

Die Bezuschussung der genannten Vorsorgeleistungen sowie die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln erfolgt gegen Vorlage von spezifizierten Originalrechnungen und ärztlichen Verordnungen. Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 120,00 Euro Gesamterstattung je Schwangerschaft möglich, sofern das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse versichert ist.

### **C. Leistungen im Bereich der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - Geburtsvorbereitungskurse für werdende Väter**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für die regelmäßige Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen von Hebammen gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer für bei ihr versicherte werdende Väter.<sup>4</sup>
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 80,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

### **D. Leistungen im Bereich der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - Hebammenrufbereitschaft**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer unmittelbar vor dem mutmaßlichen Entbindungstermin für maximal

---

<sup>4</sup> geändert durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 14.08.2017, Inkrafttreten am 18.08.2017

5 Wochen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme eine telefonische oder persönliche 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleistet.

2. Die Rufbereitschaft kann bei Hausgeburten, bei Entbindungen in Geburtshäusern, die von Hebammen geleitet werden und bei Geburten in Krankenhäusern, die von einer persönlich ausgesuchten Beleghebamme begleitet werden, in Anspruch genommen werden.
3. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 250,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherter.
4. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

#### **E. Erweiterte Vorsorge für Kinder<sup>5</sup>**

- I Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf einen Zuschuss für kalenderjährlich zwei Kurse bei qualifizierten Anbietern aus dem Bereich Babyschwimmen, Kleinkinderschwimmen, Babymassage, Baby-Yoga, Baby-Shiatsu, Pekip oder Delfi.
- II Die Betriebskrankenkasse zahlt einen Zuschuss in Höhe von 50,00 EUR je Maßnahme, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal kalenderjährlich 100,00 EUR.
- III Zur Erstattung sind die folgenden Unterlagen einzureichen:
  1. Rechnungen / Nachweise mit den Mindestinhalten:
    - Name, Vorname, Geburtsdatum oder Anschrift des Kindes
    - Anbieter, Kursleitung
    - Kursbeginn, Kursende, Kurseinheiten, Kursgebühr
  2. Bestätigung über die regelmäßige Kursteilnahme (mindestens 80 v. H.)

---

<sup>5</sup> § 12 VII lit. E neugefasst durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

## **F. Erweiterte Vorsorge für Kinder<sup>6</sup>**

- I Versicherte der Betriebskrankenkasse können im Alter von sieben bis 17 Jahren eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung (U10, U11, J2) in Anspruch nehmen.
- II Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinderarzt (Kassenarzt) oder von einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Kinderarzt durchgeführt wird und nicht bereits durch den Vertrag „Starke Kids“ erbracht wurde.
- III Die Kosten werden bis zu maximal 50,00 EUR erstattet, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

## **G. Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung**

1. Versicherte haben Anspruch auf ambulante medizinische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu lindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Voraussetzung hierfür ist der Abschluss einer Vereinbarung der Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer, die diese Behandlung einschließt.

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

2. Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am quantifizierten Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit solchen Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Der Leistungserbringer muss über eine vergleichbare Qualifikation wie im Vierten Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

---

<sup>6</sup> § 12 VII lit. F neugefasst durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

3. Über die Leistungserbringer, mit denen die Betriebskrankenkasse eine solche Vereinbarung geschlossen hat, führt sie ein Verzeichnis. Das Verzeichnis beinhaltet Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis kann den Versicherten auf Wunsch in schriftlicher Form zugesandt werden.
4. Zur Erstattung der veranlassten Leistung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen im Original vorzulegen. Die Erstattung ist begrenzt auf die Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung aufzuwenden hätte. Sind die tatsächlichen Kosten niedriger, erfolgt eine Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

#### **H. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Professionelle Zahnreinigung**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der professionellen Zahnreinigung durch einen Zahnarzt für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr für maximal zwei Sitzungen insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 25,00 Euro pro Sitzung.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

#### **I. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Fissurenversiegelung der Prämolaren**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Fissurenversiegelung der Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss durch einen Zahnarzt für Versicherte vom 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 100,00 Euro insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

## **J. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Anästhesie (Vollnarkose)**

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern diese keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages nach GOÄ, jedoch maximal bis zu einem Betrag von insgesamt 100,00 EUR pro Versicherten im Kalenderjahr.

Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

## **K. Leistungen der zahnärztlichen Behandlung – Retentionsspanne**

Die Betriebskrankenkasse erstattet zur Sicherung des Behandlungsergebnisses die Kosten für das Einsetzen einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. „festsitzender Retainer“).

Die Kosten werden je Kiefer in Höhe von 100,00 EUR, jedoch nicht mehr als in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten übernommen, wenn die Betriebskrankenkasse die Kosten für die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene erfolgreiche kieferorthopädische Behandlung getragen hat.

Die Erstattung für einen festsitzenden Retainer im Unterkiefer ist ausgeschlossen, sofern die Kieferorthopädie-Richtlinien die vertragliche Abrechnung von festsitzenden Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer vorsehen.

Zur Erstattung ist der Betriebskrankenkasse die Originalrechnung mit Angabe des Leistungserbringers, des Namens des Versicherten, des Einsetzungsdatums sowie die Höhe der Kosten vorzulegen.

## **L. Leistungen der Osteopathie<sup>7</sup>**

I Versicherte können unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu

---

<sup>7</sup> § 12 VII lit. L neugefasst durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband für Osteopathen berechtigt, oder der bereits Mitglied eines Berufsverbandes für Osteopathen ist.

- II Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 30,00 EUR je Sitzung.
- III Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

#### **M. Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung<sup>8</sup>**

- I Über die im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten die Kosten in Höhe von maximal 50,00 EUR je Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherin (MTU), jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- II Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen vorzulegen.

#### **N. Mehrleistung Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs<sup>9</sup>**

- I Die Betriebskrankenkasse erstattet ihren Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres die Kosten für ein Hautkrebscreening einschließlich der Auflichtmikroskopie.
- II Die Leistung „Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs“ darf nur von im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, welche eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorweisen können, oder von nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztinnen und Ärzten.

---

<sup>8</sup> § 12 VII lit. M eingefügt durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

<sup>9</sup> § 12 VII lit. N eingefügt durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

- III Der Anspruch besteht nicht, wenn eine vertragliche Leistung in einem Bundesland zur Verfügung steht oder wenn das Hautkrebscreening bereits Bestandteil einer mit der Betriebskrankenkasse vereinbarten Versorgung ist.
- IV Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 25,00 EUR, innerhalb von zwei Jahren. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Originalrechnungen vorzulegen.

#### **O. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung<sup>10</sup>**

- I Die Betriebskrankenkasse erstattet ihren Versicherten einen Zuschuss zu einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.
- II Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragspartnern oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.
- III Der Zuschuss beträgt kalenderjährlich 50,00 EUR je Untersuchung und Beratung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen vorzulegen.

#### **P. Künstliche Befruchtung<sup>11</sup>**

- I. Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer „In-Vitro-Fertilisation“ (IVF) oder einer „Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion“ (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen weitergehenden Zuschuss für einen weiteren Behandlungsversuch in Höhe von 200,00 EUR, sofern der Behandlungsversuch nicht über einen anderweitigen Selektivvertrag der Betriebskrankenkasse gewährleistet ist.

---

<sup>10</sup> § 12 VII lit. O eingefügt durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

<sup>11</sup> § 12 VII lit. P eingefügt durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021



- II Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die personalisierten Rechnungen vorzulegen.

## § 12a Primärprävention<sup>12</sup>

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. 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 Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

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

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 pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

---

<sup>12</sup> § 12a geändert durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

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 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von maximal 80,00 EUR je Maßnahme gewährt, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Anstelle von zwei Kursen am Wohnort können die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention in Form von Kompaktangeboten in Anspruch genommen werden. Die Inhalte müssen den Vorgaben des Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Die Betriebskrankenkasse leistet für diese wohnortfernen Maßnahmen einen kalenderjährlichen Zuschuss von 160,00 EUR.

Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche für Erwachsene mit einem Zuschuss in Höhe von 160,00 EUR bzw. in Höhe von 110,00 EUR für Kinder ab sechs Jahren.

Der Zuschuss wird einmal kalenderjährlich gewährt.

## **§ 12b Schutzimpfungen<sup>13</sup>**

- I Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V für ihre Versicherten weitere Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten in Höhe von 100 %, wenn diese ärztlich empfohlen werden und kein anderer Kostenträger zuständig ist.
  
- II Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse Reiseschutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten in Höhe von 80 % der Kosten. Voraussetzung ist, dass diese durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko indiziert und von der Ständigen Impfkommission empfohlen sind.

Der Erstattungsbetrag ist auf maximal 400,00 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

---

<sup>13</sup> § 12b geändert durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

## **§ 12c Leistungsausschluss**

- I Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 Ärztliche Zweitmeinung Onkologie**

- I Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Absatz 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten oder stationären Eingriffen durch zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- II Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch die unter Absatz I genannten möglichen Erbringer der Zweitmeinung, mit denen die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz V getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte

Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

III Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der folgenden aufgeführten gesicherten Diagnosen:

- C00 - C75: Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe,
- C76 - C80: Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen,
- C81 - C96: Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet,
- C97: Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen.

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

IV Alle Versicherten der Betriebskrankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

V Die Betriebskrankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit den unter Absatz I genannten möglichen Erbringern der Zweitmeinung. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Betriebskrankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen.

Auf Wunsch stellt die Betriebskrankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

- VI Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Betriebskrankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
  
- VII Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Betriebskrankenkasse abgerechnet.
  
- VIII Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Absatz 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V.

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen<sup>14</sup>**

Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten wird ein Zuschuss gewährt, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert.

Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25,00 EUR kalendertäglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 EUR gewährt.

### **§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung**

- 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 Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
  - 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
  - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme

---

<sup>14</sup> § 13 geändert durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

## **§ 13b Wahltarif besondere Versorgung**

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
  
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
  
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
  - 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
  - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

## **§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

## **§ 13d Wahltarif Selbstbehalt**

- I Auszubildende gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 160,00 EUR übernehmen (Selbstbehalt).
- II Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention (§§ 20 und 20i SGB V),
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
  - Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V),
  - Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V).



- III Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt. Wurde Kostenerstattung gewählt, können nur Leistungen in Höhe der vereinbarten Kassensätze auf den Selbstbehalt angerechnet werden.
- IV Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 160 EUR jährlich 150 EUR. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Voraus. Erstmalig innerhalb eines Monats nach Vertragsbeitritt und in den Folgejahren zum 01.08. eines Jahres. In Anspruch genommene Leistungen werden jeweils mit der Prämie für das folgende Jahr bis zur Höhe des vereinbarten Selbstbehaltes verrechnet bzw. für das dritte Jahr gegebenenfalls zurückgefordert.
- V Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.
- VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.
- Der Wahltarif endet automatisch nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, spätestens jedoch mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Ausbildungsverhältnis endet.
- 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.

## **§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten<sup>15</sup>**

### I Bonusmodell 1

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Absatz 1 SGB V, sobald sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, eine der Maßnahmen nach Nummer 1 bis 7 innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

1. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an einer Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V i.V.m der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie des GBA teilgenommen.
2. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen gem. § 25 Absatz 2 SGB V oder an einem organisierten Früherkennungsprogramm gem. § 25a Absatz 1 SGB V i.V.m. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des GBA teilgenommen.
3. Der Versicherte hat die für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Absatz 1 SGB V vollständig in Anspruch genommen.
4. Die Versicherte hat die in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge nach § 24d SGB V vollständig durchführen lassen.
5. Der Versicherte hat seinen Impfstatus ärztlich überprüfen und die ihm ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen gem. § 20i SGB V vollständig vornehmen lassen.
6. Der Versicherte hat die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen nach §§ 22 Absatz 1, 26 Absatz 1, § 28 Absatz 2 SGB V i.V.m. § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V durchführen lassen.

---

<sup>15</sup> § 14a geändert durch Nachtrag Nr. 7, Inkrafttreten am 01.01.2021

7. Der Versicherte hat einmal kalenderjährlich eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.

II Das Bonusprogramm der Betriebskrankenkasse läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis zum 31.12. des Jahres.

Jede durchgeführte Maßnahme wird bonifiziert. Die ersten beiden Maßnahmen werden mit jeweils 10,00 EUR, die dritte Maßnahme mit 5,00 EUR und jede weitere Maßnahme mit jeweils 3,00 EUR bonifiziert.

III Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Vertragsarzt oder von nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztinnen und Ärzten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung bestätigt.

IV Bonusmodell 2

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben einen Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Absatz 1a SGB V, wenn sie regelmäßig folgende Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen:

1. Regelmäßige Teilnahme am Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit, nachgewiesen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung.
2. Regelmäßige Teilnahme an sportlichen Aktivitäten in einem Sportverein, durchschnittlich einmal wöchentlich, nachgewiesen durch Vorlage einer Mitgliedschaftsbescheinigung des Sportvereins.
3. Regelmäßige Teilnahme an sportlichen Aktivitäten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, durchschnittlich einmal wöchentlich, nachgewiesen durch Vorlage einer Mitgliedschaftsbescheinigung des Fitnessstudios.
4. Gemeinschaftssport unter qualifizierter Leitung eines zertifizierten Übungsleiters, sofern eine Vorbereitung hierfür erfolgt (z. B. organisierte Volksläufe, Radtouren oder Wanderungen, qualifizierte Lauffreize, Schwimmbadbesuche), nachgewiesen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder Urkunde.

Regelmäßig ist eine Maßnahme dann, wenn sie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten durchgeführt wurde.

Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

Der Bonus beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmalig 30,00 EUR. Für versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich zum vollendeten 17. Lebensjahr beträgt der Bonus 15,00 EUR.

Der Bonus für das Bonusmodell 2 erhöht sich, wenn eine der folgenden Maßnahmen zusätzlich zu den Maßnahmen 1. bis 4. in demselben Kalenderjahr durchgeführt wird:

- a. Der Versicherte erwirbt ein deutsches Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes.
- b. Der Versicherte erwirbt ein Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG.
- c. Der Versicherte erwirbt ein Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer.
- d. Der Versicherte erwirbt ein Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbandes.

Der Bonus für eine zusätzliche Maßnahme beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 20,00 EUR, maximal 40,00 EUR im Kalenderjahr. Für versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich zum vollendeten 17. Lebensjahr beträgt der Bonus 10,00 EUR je Maßnahme, maximal 20,00 EUR.

Zum Zeitpunkt des Antrages auf Auszahlung des Bonus muss eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bei der Betriebskrankenkasse bestehen.

V Ein Anspruch auf den jährlichen Zuschuss besteht nur, wenn die Leistung spätestens bis zum 31.03. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem der Antrag bei der Betriebskrankenkasse eingeht. Eine Übertragung des Bonus in das Folgejahr ist nicht möglich.

Eine Auszahlung des Bonus ist auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr möglich.

VI Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden nicht erstattet.

## **§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus für die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, wenn diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

## **§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers

1. Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14b ab.

II Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10,00 EUR zum 1. April eines Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurden.

- III Erhält der Versicherte einen Bonus gemäß § 14c, ist eine Bonifizierung nach § 14a ausgeschlossen.

## **§ 14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V**

- I Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrages mit der Betriebskrankenkasse für die Versicherten tätig wird.
- III Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz II. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Betriebskrankenkasse.
- IV Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

## § 15 Wahltarife Krankengeld

I Die Betriebskrankenkasse bietet

- hauptberuflich selbstständig 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 haben

und

- 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.

III Die Teilnahme bestimmt sich nach Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.



## **§ 16 Aufsicht<sup>16</sup>**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

## **§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## **§ 18 Bekanntmachungen<sup>17</sup>**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter [www.energie-bkk.de](http://www.energie-bkk.de) und nachrichtlich durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift in elektronischer Form unter [www.energie-bkk.de](http://www.energie-bkk.de).

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen.

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

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Räumen der Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

---

<sup>16</sup> § 16 geändert durch Nachtrag Nr. 6, Inkrafttreten am 08.01.2021

<sup>17</sup> § 18 geändert durch Nachtrag Nr. 6, Inkrafttreten am 08.01.2021

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Die Verwaltungsräte der energie-Betriebskrankenkasse und der E.ON Betriebskrankenkasse haben diese Satzung in ihren Sitzungen am 30. und 20. Juni 2016 sowie am 9. und 12. Dezember 2016 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Hannover, 9. Dezember 2016

Essen, 12. Dezember 2016

---

Frank Aigner  
Alternierender Vorsitzender des  
Verwaltungsrates der energie-BKK

---

Klaus Simon  
Alternierender Vorsitzender des Verwal-  
tungsrates der E.ON Betriebskrankenkasse

## **Anlage zu § 2 der Satzung**

### **Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse der energie-BKK, Lange Laube 6, 30159 Hannover**

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

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern, die nicht in einem Trägerunternehmen beschäftigt sind, folgende Entschädigungen gezahlt:

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

###### **1.1 Tage- / Übernachtungsgeld**

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Absatz 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüberhinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

###### **1.2 Fahrkosten**

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. / 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz 1 bzw. 2 BRKG jeweils geltenden Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

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

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

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

## **Anlage zu § 15 der Satzung**

### **Teilnahme**

1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). 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 Betriebskrankenkasse erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse 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 jeweiligen 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 Betriebskrankenkasse.

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 ein Jahr der Mindestbindung erfolgen.

### **Obliegenheiten der Teilnehmer**

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse 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. v. § 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. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

<b>Wahltarifkrankengeld</b>	10€	20€	30€	40€	50€
<b>kalendertäglich</b>					
<b>Prämie monatlich</b>	10€	20€	30€	40€	50€

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

<b>Wahltarifkrankengeld</b>	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
<b>kalendertäglich</b>									
<b>Prämie monatlich</b>	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 Ziffern 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 Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien gemäß § 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 Betriebskrankenkasse 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 Tarifes entspricht den Regelungen des Begriffes 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 vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifes (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Ar-

beitsunfähigkeit 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 sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit 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
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletzten-geld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufs-krankheit 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 SGB II, 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 Betriebskrankenkasse.

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 Ziffer 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Ziffer 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 der Ziffer 18 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 Tarifes 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 Betriebskrankenkasse 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 drei 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

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte 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 Betriebskrankenkasse 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 bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 der 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 der Ziffer 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 Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe 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 Ziffer 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne der Ziffer 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifes mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.