

Satzung

**der Betriebskrankenkasse
Vereinigte Deutsche Nickel-Werke
-BKK VDN-**

Inhaltsverzeichnis

ARTIKEL I.....	3
INHALT DER SATZUNG	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2 Verwaltungsrat	5
§ 3 Vorstand.....	8
§ 4 Widerspruchsausschuss	9
§ 5 Kreis der versicherten Personen	10
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	12
§ 7 Aufbringung der Mittel	13
§ 8 Bemessung der Beiträge.....	13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	14
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.....	14
§ 10 Fälligkeit der Beiträge.....	15
§ 10a Erhebung von Mahngebühren	15
§ 11 Höhe der Rücklage	15
§ 12 Leistungen	16
§ 12a Primärprävention.....	20
§ 12b Schutzimpfungen	21
§ 12c Leistungsausschluss	22
§ 13 - zurzeit nicht besetzt -	22
§ 14 Wahltarife.....	23
§ 14a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung.....	23
§ 14b Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme	24
§ 14c Wahltarif Integrierte Versorgung.....	24
§ 14d Wahltarife Krankengeld	25
§ 14e Wahltarif besondere Versorgung	25
§ 15 Modellvorhaben.....	26
§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	27
§ 16a Bonus für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr.....	27
§ 16b Bonus für Kinder vom 3. bis zum 15. Lebensjahr	30
§ 17 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	31
§ 17a Osteopathie.....	31
§ 17b Leistungen für werdende Mütter, Kinder und Jugendliche	31
§ 17c Außervertragliche Psychotherapie.....	32
§ 17d - zurzeit nicht besetzt -	33
§ 17e Sehhilfen	33
§ 17f Ärztliche Zweitmeinung	34
§ 18 Kooperation mit der PKV	35
§ 19 Aufsicht	35
§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband	35
§ 21 Bekanntmachungen	35
§ 21a Veröffentlichung der Jahresrechnung.....	35
ARTIKEL II.....	36
INKRAFTTRETEN.....	36
ANLAGE ZU § 2 DER SATZUNG DER BKK VDN	37
ENTSCHÄDIGUNGSREGELUNG FÜR MITGLIEDER DES VERWALTUNGSRATES	37
ANLAGE ZU § 14B DER SATZUNG DER BKK VDN	41
WAHLTARIF STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME	41
ANLAGE ZU § 14D DER SATZUNG DER BKK VDN	45
WAHLTARIFE KRANKENGELD.....	45

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 Betriebskrankenkasse Vereinigte Deutsche Nickel-Werke -BKK VDN-.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2005 und hervorgegangen aus der 1866 gegründeten Betriebskrankenkasse Vereinigte Deutsche Nickel-Werke AG, Schwerte und der 1902 errichteten Gemeinsame Betriebskrankenkasse Hindrichs-Auffermann Aktiengesellschaft, Wuppertal-Barmen sowie der am 24. November 1913 errichteten Betriebskrankenkasse F. W. Brökelmann, Arnsberg OT Neheim.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 58239 Schwerte, Rosenweg 15.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

Vereinigte Deutsche Nickel-Werke AG
58239 Schwerte

Deutsche Nickel GmbH
58239 Schwerte

Sandvik Surface Solutions
Division of Sandvik Materials Technology Deutschland GmbH
Mühlenfeld 101
58256 Ennepetal

Auerhammer Metallwerke GmbH
08280 Aue/Sachsen

Laschet, Volker und In der Weide, Christoph GbR
58239 Schwerte

F. W. Brökelmann Aluminiumwerk GmbH & Co. KG
59469 Ense

Brökelmann Geräte & Anlagenbau GmbH & Co. KG
59469 Ense

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Regionen:

- Nordrhein-Westfalen und
- der Freien und Hansestadt Hamburg und
- Sachsen

§ 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 zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 3 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

- 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 Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

7. den Vorstand zu überwachen,
 8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- 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. 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.
- VIII. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei:
1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,
 2. Änderung von Bestimmungen der Satzung auf Grund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
 3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
 4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung auf Grund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 5. Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,

6. Wenn mindestens $\frac{1}{5}$ der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 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 zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Schwerte.

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus 2 Vertretern der Versicherten und 1 Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse zusammen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 6. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 7. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

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

- IV. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. alle anderen Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 SGB V (ausgenommen die nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler), soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.

II. Freiwillige Mitglieder

1. Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können die in § 9 Abs. 1 SGB V genannten Personen unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten.
2. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind.

III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte/Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse/einem Verband der Betriebskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

IV. Familienversicherte

Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 SGB V 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 Zusatzbeitrages 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 Voraussetzung der Familienversicherung.
- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 14d gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der Anlage zu § 14d Nr. 4 – 6 gekündigt werden, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

§ 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 Zusatzbeitrag

Die BKK VDN erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3 % 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 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK VDN; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. Die Satzungshoheit für das U1- und U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. § 8 Abs. 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge 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 Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- 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 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

Die pauschale Mahngebühr wird in Anlehnung an § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 75 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 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegesatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf 4 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann sie auf 8 Wochen ausgedehnt werden.

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

III. Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.
2. Versicherte erhalten auch dann Haushaltshilfe, wenn sie sich zuhause aufhalten, aber keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben, ihnen die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit nachweislich nicht möglich ist und die Betriebskrankenkasse die Kosten der ambulanten Behandlung trägt. Der Anspruch besteht für maximal 8 Wochen im Kalenderjahr.

3. Haushaltshilfe wird auch gewährt, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist.
4. Voraussetzung für die Gewährung der Haushaltshilfe nach Nr. 1 bis 3 ist, dass 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.
5. Darüber hinaus erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen in Folge einer ambulanten Operation nach § 115b SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Der Anspruch besteht bis zu längstens 2 Wochen.
6. Der Anspruch nach Nr. 1 bis 5 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und arbeitsrechtliche Regelungen keine entsprechende Leistung vorsehen. Der Anspruch nach Nr. 1 bis 5 besteht nicht für Zeiten (Stunden), in denen die haushaltsführende Person selbst berufstätig ist.
7. 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 selbst beschaffte 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 Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
8. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nichtkontinuierlicher 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.
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 schriftlich 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 alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf eine 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 BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene 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 10 v. H., mindestens 3 EUR und maximal 50 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 Mitgliedsstaat 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

1. 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.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens 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 sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung:
 - a) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement:
 - a) Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
 - b) Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Förderung des Nichtrauchens
 - b) gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen:

- HPV für Mädchen / Frauen im Alter von 18 – 26 Jahren
- Influenza
- Meningokokken B

Übernommen werden 80 v. H. der Kosten des Impfstoffes abzüglich des gesetzlichen Eigenanteils nach § 61 Satz 1 SGB V, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen. Ärztliche Leistungen werden bis zu maximal 22 EUR je Impfserie erstattet, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen.

II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Dazu gehört auch die Schutzimpfung gegen die Japanische Enzephalitis und die Kosten der Malariaphylaxe.

Die Betriebskrankenkasse erstattet 80 v. H. der Kosten des Impfstoffes bzw. Arzneimittels abzüglich des gesetzlichen Eigenanteils nach § 61 Satz 1 SGB V, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen. Ärztliche Leistungen werden bis zu maximal 22 EUR je Impfserie erstattet, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen.

III. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

IV. Ergänzend zu Absatz I und II übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der BKK und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind und die Betriebskrankenkasse ihren Beitritt erklärt hat.

§ 12c Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

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

§ 13 - zurzeit nicht besetzt -

§ 14 Wahltarife

Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen im Sinne von § 53 Abs. 3 SGB V sowie Krankengeldwahltarife nach § 53 Abs. 6 SGB V an.

§ 14a 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
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14b Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V für folgende Erkrankungen Strukturierte Behandlungsprogramme durch:

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

Inhalt und Ausgestaltung der Strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der als Anlage zu § 14b beigefügten Liste aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 14c Wahltarif Integrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die Integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der Integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch den Inhalt des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 14d Wahltarife Krankengeld

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) und
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Die Tarife werden gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage zu § 14d, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 14e 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.

§ 15 Modellvorhaben

Die Betriebskrankenkasse führt Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften des SGB V oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durch.

§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die BKK VDN gewährt ihren Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 SGB V. Die näheren Bestimmungen zu den Anspruchsvoraussetzungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 16a Bonus für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr

- I. Versicherte ab dem 16. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie von den Punkten 1 bis 13 mindestens 3 Punkte innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus geltend gemacht werden:

1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V teil.
3. Die Vorsorgeuntersuchung J2 (im Alter von 16 bis 17 Jahren) nach § 17 b dieser Satzung wurde in Anspruch genommen.
4. Der Versicherte hat die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) vollständig (2 x jährlich) in Anspruch genommen.
5. Der Versicherte hat an der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung (ab dem 18. Lebensjahr) teilgenommen.
6. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch. Professionelle Zahnreinigung, die von einem dent-net-Vertragspartner erbracht und mit der BKK VDN abgerechnet wird, ist vom Bonus ausgeschlossen.
7. Der Versicherte hat im Kalenderjahr ein Hautkrebsscreening durchgeführt.
8. Ergänzend zum Bonus nach Punkt 2 hat die Versicherte im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie am Mammographie-Screening ab dem 50. Lebensjahr teilgenommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
9. Ergänzend zum Bonus nach Punkt 2 hat der Versicherte im Rahmen der Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie die Koloskopie ab dem 55. Lebensjahr in Anspruch genommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.

10. Die Versicherte hat an allen vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft teilgenommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Entbindung geltend gemacht werden.
 11. Der Versicherte treibt nachweislich regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein, in einem Fitness-Studio oder Nachweis durch ein aktuelles Sportabzeichen).
 12. Der Versicherte hat im Kalenderjahr an einer öffentlichen Veranstaltung im Ausdauerbereich nachweislich teilgenommen (Laufveranstaltung, Radsportveranstaltung, Triathlonveranstaltung, Schwimmveranstaltung).
 13. Der Body-Mass-Index (BMI) des Versicherten liegt zwischen 18 und 25.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt (Punkt 1 bis 10 und 13) bzw. dem Anbieter der Leistung (Punkt 11 und 12) auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.
- III. Der Versicherte erhält für die Punkte 1 bis 13 zwischen 1 und 3 Bonuspunkten. 1 Bonuspunkt hat einen Wert von 10 EUR. Der Punkt 6 erhält 3 Bonuspunkte. Die Punkte 1, 2, 8 und 9 erhalten 2 Bonuspunkte. Die Punkte 3 bis 5, 7 sowie 10 bis 13 erhalten 1 Bonuspunkt.
- IV. Alternativ zum Bonusmodell nach Abs. III hat der Versicherte die Möglichkeit, am Bonusmodell nach diesem Abs. IV teilzunehmen, wenn er mindestens 6 Maßnahmen der Punkte 1 bis 13 nachgewiesen hat. Der Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten der vom Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen nach Abs. V gezahlt. Ausgeschlossen sind Leistungen, die vor Beginn der Teilnahme am Bonusprogramm erbracht wurden. Der Bonusanspruch entsteht erst nach Vorlage der Originalrechnungen. Werden Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe nachgewiesen, werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet. Eine Erstattung ist nur möglich, sofern die BKK VDN nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Gesetzliche Zuzahlungen sind vom Zuschuss ausgenommen.

Der Bonus beträgt, anders als in Abs. III beschrieben, beim Nachweis von

- 6 Maßnahmen nach Abs. I 100 EUR
- 7 Maßnahmen nach Abs. I 140 EUR
- 8 Maßnahmen nach Abs. I 160 EUR
- 9 Maßnahmen nach Abs. I 180 EUR
- 10 Maßnahmen nach Abs. I 250 EUR.

V. Leistungen nach Abs. IV sind:

- Behandlung mit Akupunktur
- Heilpraktiker-Behandlung
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (durch einen Arzt, Physiotherapeuten oder Fitnessstudio)
- Jahresbeitrag für ein Fitnessstudio
- Gesundheitskurse, die nicht durch die Zentrale Prüfstelle zertifiziert sind (z. B. Zumba, Spinning, Problemzonen-Gymnastik etc.)
- Ultraschalluntersuchungen zur Krebsfrüherkennung

- Zusatzdiagnostik in der Mutterschaftsvorsorge
- Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie
- Geräte zur Messung der Bewegungsintensität von dynamischen Aktivitäten (messen der Pulsfrequenz und/oder messen der Schritte)
- Elektronische Gesundheitsangebote bzw. digitale Sportkurse
- Folgende zahnärztliche Leistungen:
 - Zahnversiegelung
 - Zahnbehandlung unter Vollnarkose
 - Zahnbehandlung unter Lachgas- oder Dämmerschlafnarkose
 - Funktionsanalyse
 - Endodontie (Wurzelbehandlung)
 - Kunststofffüllungen oder Inlays
 - Digitale Volumentomographie (DVT)
 - Lasereinsatz
 - Hypnose

- VI. Eine Kombination der Bonusmodelle nach Abs. III und Abs. IV ist nicht möglich. Die Entscheidung ist bindend für das beantragte Kalenderjahr und wird getroffen, sobald der Bonusnachweis bei der BKK VDN eingereicht wird.
- VII. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Leistung je Punkt in Euro nach Abs. III oder als Zuschuss zu Leistungen nach Abs. IV ausgezahlt, wenn zum Zeitpunkt des Nachweises durch die BKK-Bonus-Karte (Posteingang bei der BKK VDN) eine laufende ungekündigte Versicherung bei der BKK VDN besteht. Die BKK-Bonus-Karte kann bereits im Laufe des Kalenderjahres eingereicht werden, spätestens zum 31.03. des Folgejahres.
- VIII. Der Versicherte, der im Kalenderjahr das 16. Lebensjahr vollendet, muss sich für einen Bonus nach § 16a oder § 16b entscheiden. Die Boni nach § 16a und § 16b können nicht miteinander kombiniert werden.

§ 16b Bonus für Kinder vom 3. bis zum 15. Lebensjahr

- I. Versicherte Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus, wenn sie von den Punkten 1 bis 6 mindestens drei Punkte innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

- II. Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus geltend gemacht werden:
 1. Das Kind hat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahnkrankheiten (Nr. 01 BEMA-Z) oder eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU BEMA-Z) im Kalenderjahr durchgeführt.
 2. Das Kind hat die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vollständig (2 x jährlich) in Anspruch genommen (ab einem Alter von 6 Jahren).
 3. Das Kind hat im Kalenderjahr eine Kinderuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V durchgeführt (U7a bis U9, U10, U11, J1).
 4. Der Body-Mass-Index für Kinder liegt zwischen 10 und 90 Perzentile.
 5. Das Kind treibt regelmäßig Sport in einem Sportverein. Alternativ hat das Kind das Deutsche Sportabzeichen erworben oder einen Sportkurs regelmäßig besucht.
 6. Das Kind kann nachweislich Schwimmen (Schwimmabzeichen).

- III. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt (Punkte 1 bis 4) bzw. dem Anbieter der Leistung (Punkt 5) auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.

- IV. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Leistung je Punkt in Höhe von 10 EUR ausgezahlt, wenn zum Zeitpunkt des Nachweises durch die BKK-Bonus-Karte (Posteingang bei der BKK VDN) eine laufende ungekündigte Versicherung bei der BKK VDN besteht. Die BKK Bonus-Karte kann bereits im Laufe des Kalenderjahres eingereicht werden, spätestens bis zum 31.05. des Folgejahres.

- V. Der Versicherte, der im Kalenderjahr das 16. Lebensjahr vollendet, muss sich für einen Bonus nach § 16a oder § 16b entscheiden. Die Boni nach § 16a und § 16b können nicht miteinander kombiniert werden.

§ 17 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die BKK VDN gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 17a Osteopathie

- I. Versicherte können osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker mit der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder Physiotherapeuten erbracht werden. Die genannten Leistungserbringer müssen eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband der Osteopathen e. V. (VOD e. V.) oder der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin e. V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V. oder der Deutschen Ärztesgesellschaft für Osteopathie e. V. nachweisen können oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen.
- II. Die Kosten werden für maximal drei Sitzungen je Versicherten im Kalenderjahr übernommen. Erstattet werden je Sitzung 80 % des Rechnungsbetrages, maximal 80 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen einzureichen.

§ 17b Leistungen für werdende Mütter, Kinder und Jugendliche

- I. Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft. Der Erstattungsbetrag beträgt 80 % des Rechnungsbetrages, maximal 250 EUR. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach dem Hebammengesetz i. V. m. der Hebammen-Vergütungsvereinbarung. Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.
- II. Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft werden der Versicherten auf Antrag nach der Entbindung bezuschusst. Bezuschussungsfähige Vorsorgeleistungen sind: zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall, Toxoplasmose-Screening, Triple-Test, Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken, Zytomegalie-Test und Ersttrimester-Screening. Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 100 EUR je Schwangerschaft möglich, sofern das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragsstellung bei der BKK VDN versichert ist. Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt.

- III. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum 6. Lebensjahr Anspruch auf kalenderjährlich maximal 2 Kurse aus dem Bereich Babyschwimmen, Kleinkinderschwimmen, Babymassage, Baby-Yoga, Baby-Shiatsu oder Pekip. Bei regelmäßiger Teilnahme wird ein Zuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, insgesamt max. 120 EUR je Kalenderjahr gewährt.

Die genannten Kurse müssen von qualifizierten Anbietern durchgeführt werden. Zur Erstattung ist die Original-Teilnahmebescheinigung einzureichen. Die Teilnahmebescheinigung muss folgende Inhalte aufweisen: Name und Vorname des Versicherten, Anbieter, Kursleitung, Kursbeginn und Kursende, Kurseinheiten, Anzahl der absolvierten Kurseinheiten, Kursgebühr.

- IV. Versicherte im Alter von 16 bis 17 Jahren können eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen. Schwerpunkt der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung ist das Erkennen bzw. die Behandlung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, von Haltungsstörungen, Kropfbildung sowie die Diabetes-Vorsorge. Der Arzt berät den Jugendlichen bei Fragen des Verhaltens, der Sozialisation, der Familie und der Sexualität sowie der Berufswahl. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) teilnehmenden Kinderarzt durchgeführt wird. Die Kosten können bis zu maximal 60 EUR erstattet werden.
- V. Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse maximal 80 EUR je Schwangerschaft für Geburtsvorbereitungskurse des Ehemannes bzw. Partners, sofern dieser bei der BKK VDN versichert ist.

§ 17c Außervertragliche Psychotherapie

- I. Versicherte können auf Antrag ambulante psychotherapeutische Behandlungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und ein wohnortnaher Leistungserbringer im Sinne des 4. Kapitel des SGB V keinen Therapieplatz in einem zumutbaren Zeitraum zur Verfügung stellen kann. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügt und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen kann.
- II. Der Leistungsumfang der ambulanten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich aus den Psychotherapie-Richtlinien.
- III. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Dienstleistung zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des 2,3-fachen Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

§ 17d - zurzeit nicht besetzt -

§ 17e Sehhilfen

- I. Die Betriebskrankenkasse zahlt einen Zuschuss über die in § 33 SGB V geregelten Ansprüche hinaus auf Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe.
- II. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Brillengläser und Kontaktlinsen werden bis zu einem Betrag von 100 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren ersetzt – bei Folgeanträgen gerechnet vom Datum der Rechnung, die der letzten Leistungsgewährung über einen Zuschuss zu einer Sehhilfe nach § 17 e zu Grunde lag. Leistungen der Betriebskrankenkasse nach § 33 Abs. 2 SGB V sowie Leistungen anderer Sozialversicherungsträger sind anzurechnen.

Der Anspruch auf erneute Bezuschussung besteht nur, wenn sich die Refraktionswerte um mindestens 0,5 Dioptrien geändert haben. Eine Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch vor, wenn die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben. Eine Änderung der Sehfähigkeit auf jedem der beiden Augen um je 0,25 Dioptrien reicht nicht aus, wenn sich die Fehlsichtigkeit an beiden Augen entweder verbessert oder verschlechtert hat.
- III. Der Zuschuss kann nicht gewährt werden für Brillenfassungen, Zweitbrillen, Sportbrillen, One-Day-Linsen, Kontaktlinsen in farbiger Ausführung, die ausschließlich der Verstärkung oder Veränderung der körpereigenen Farbe der Iris dienen, und Reinigungs- und Pflegemittel.
- IV. Zur Erstattung der Kosten sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Optikers vorzulegen. Dem Erstattungsantrag ist die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers beizufügen. Die Augenglasbestimmung des Optikers kann Bestandteil der Rechnung sein.
- V. Voraussetzung für eine Leistungsgewährung nach Abs. II ist, dass bei Antragstellung eine ungekündigte Versicherung bei der Betriebskrankenkasse besteht.
- VI. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 33 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmittel in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsMR) bleibt unberührt.

§ 17f Ärztliche Zweitmeinung

- I. Versicherte, die von ihrem behandelndem Arzt eine ärztliche Therapieempfehlung (evtl. auch Empfehlung zur Operation) erhalten haben, können innerhalb eines halben Jahres nach Erhalt der Empfehlung eine ärztliche Zweitmeinung von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK VDN mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen hat, die diese Leistungen einschließt.
- II. Die BKK VDN trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern oder Gemeinschaften von Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zumindest eine qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
- III. Die BKK VDN führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu den Fachbereichen, für die eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden kann. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.bkk-vdn.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK VDN den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zu Verfügung.

§ 18 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK VDN sowie im Internet unter www.bkk-vdn.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche.

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

§ 21a Veröffentlichung der Jahresrechnung

Die BKK VDN veröffentlicht zum 30.11. eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse im Sinne des § 305 b SGB V für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf ihrer Internetpräsenz unter www.bkk-vdn.de.

Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 im Mitgliedermagazin der BKK VDN bekannt gegeben.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 21.03.2017 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.04.2017 in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung vom 05.12.2016 außer Kraft.

Schwerte, 21.03.2017



Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates



Holger Schmerbeck

Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates

- § 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 2 Erstattung von Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 4 Pauschbetrag für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates
- § 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen
- § 7 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates der BKK VDN

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung der Betriebskranken-/Pflegekasse (einschließlich der An- und Abreise) werden Mitgliedern bzw. den stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gewährt:

1. Erstattung der Barauslagen
2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge
3. Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

- I. Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskosten-erstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des Landesreisekostengesetzes gewährt.¹

Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, so ist das Tagegeld entsprechend § 7 Absatz 2 LRKG zu kürzen.

Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, die das Übernachtungsgeld überschreiten, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

- II. Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Hin- und Rückreise in der niedrigsten Beförderungsklasse bei Eisenbahn- und Schiffsreisen sowie Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.) ersetzt. Die Kosten für die 1. Beförderungsklasse werden erstattet, bei Bahnreisen deren Dauer (einschließlich der Umsteigezeiten) mindestens drei Stunden beträgt.²

Dabei werden gewährt:

- a) Die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens; ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der frühen Ankunft und späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen oder beibehalten werden musste,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,

¹ Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner Abschnitt I und II; § 7 Absatz 1 und 2 LRKG i. V. m. § 4 Absatz 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG sowie § 8 LRKG (Tagegeld: 8 - 14 Std. = 6 €, 14 - 24 Std. = 12 €, über 24 Std. = 24 €). Bei unter 8-stündiger Abwesenheit wird kein Tagegeld gezahlt.

² Vgl. § 5 Absatz 1 LRKG.

- c) bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 6 Absatz 1 und 2 des Landesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.³ Werden Personen, die gegen die Betriebskranken-/Pflegekasse einen Anspruch auf Fahrkostenerstattung haben, im Kraftwagen eines Organmitglieds mitgenommen, so wird je Person und gefahrenen Kilometer eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 EUR gezahlt.

§ 3 Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an Sitzung

- I. Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 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.⁴
- II. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von einem Drittel des vorstehend genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 4 Pauschbetrag für Zeitaufwand

- I. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 65 EUR.
- II. Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

³ Derzeit 0,30 € für jeden gefahrenen Kilometer mit dem PKW.

⁴ Bezugsgröße 2014 = 2.765 €, 1/75 = 36,87 €

§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

- I. Für die Teilnahme an den Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach § 1 gewährt.
- II. Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. § 4 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrats, eines Ausschusses oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates tätig wird, wird nach § 1 entschädigt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 7 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats

Für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Betriebskranken-/Pflegekasse gelten über die allgemeinen Entschädigungsregelungen (§§ 1 bis 5) hinaus die folgenden Bestimmungen:

- a) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 54 EUR.
- b) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrats erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 27 EUR.

Hinweis: Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig!

Anlage zu § 14b der Satzung der BKK VDN

Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

Vertragsart	DMP	KV-Bez.	Diagnose	Vertrag	Beginn	Ende	Genehmigt	Eingang	Bemerkung
AA0	04	Nordbaden	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.09.2013		25.11.2013	31.01.2014	unbefristet
AM0	02	Nordbaden	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.10.2011		12.01.2012	09.02.2012	unbefristet
BA0	04	Südbaden	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.09.2013		25.11.2013	31.01.2014	unbefristet
BM0	02	Südbaden	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.10.2011		12.01.2012	09.02.2012	unbefristet
CA0	04	Nord-Württemberg	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.09.2013		25.11.2013	31.01.2014	unbefristet
CM0	02	Nord-Württemberg	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.10.2011		12.01.2012	09.02.2012	unbefristet
DA0	04	Süd-Württemberg	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.09.2013		25.11.2013	31.01.2013	unbefristet
DM0	02	Süd-Württemberg	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.10.2011		12.01.2012	09.02.2012	unbefristet
EA0	04	Bayern	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	13.02.2013		20.03.2013	28.03.2013	unbefristet
ED0	01	Bayern	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.03.2013		19.04.2013	25.04.2013	unbefristet
EE0	05	Bayern	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	28.12.2011		13.01.2012	18.01.2012	unbefristet
EK0	03	Bayern	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	24.01.2013		08.03.2013	20.03.2013	unbefristet
EM0	02	Bayern	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	23.12.2011		16.01.2013	26.01.2012	unbefristet
ES0	06	Bayern	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.03.2013		19.04.2013	25.04.2013	unbefristet
FA1	04	Hessen	Brustkrebs	Vertrag mit Berufsverband Frauenärzte und Datenstelle	04.03.2013		22.05.2013	07.06.2013	unbefristet
FD0	01	Hessen	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		15.02.2012	05.03.2012	unbefristet
FE0	05	Hessen	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		02.01.2012	27.01.2012	unbefristet
FK0	03	Hessen	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	02.11.2012		11.01.2013	22.01.2013	unbefristet
FM1	02	Hessen	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit Hausärzteverband und Datenstelle	04.03.2013		27.05.2013	07.06.2013	unbefristet
FS0	06	Hessen	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		15.02.2012	05.03.2012	unbefristet
GA0	04	Schleswig-Holst.	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		22.08.2012	05.09.2012	unbefristet
GD0	01	Schleswig-Holst.	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	28.08.2011		22.08.2012	05.09.2012	unbefristet
GE0	05	Schleswig-Holst.	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.06.2010		23.08.2012	05.09.2012	unbefristet
GK0	03	Schleswig-Holst.	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.08.2010		24.08.2012	05.09.2012	unbefristet
GM0	02	Schleswig-Holst.	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		23.08.2012	05.09.2012	unbefristet
GS0	06	Schleswig-Holst.	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		22.08.2012	05.09.2012	unbefristet
HA0	04	Hamburg	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2010		08.08.2012	16.08.2012	unbefristet
HD0	01	Hamburg	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		01.08.2012	10.08.2012	unbefristet

HE0	05	Hamburg	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		11.09.2012	24.09.2012	unbefristet
HK0	03	Hamburg	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		31.07.2012	10.08.2012	unbefristet
HM0	02	Hamburg	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		31.07.2012	10.08.2012	unbefristet
HS0	06	Hamburg	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		01.08.2012	10.08.2012	unbefristet
JA0	04	Mecklenburg-Vorp.	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.02.2010		22.08.2012	05.09.2012	unbefristet
JD0	01	Mecklenburg-Vorp.	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		22.08.2012	05.09.2012	unbefristet
JE0	05	Mecklenburg-Vorp.	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.09.2010		23.08.2012	05.09.2012	unbefristet
JK0	03	Mecklenburg-Vorp.	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	15.10.2009		23.08.2012	05.09.2012	unbefristet
JM0	02	Mecklenburg-Vorp.	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		03.02.2012	16.02.2012	unbefristet
JS0	06	Mecklenburg-Vorp.	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		22.08.2012	05.09.2012	unbefristet
KA3	04	Bremen	Brustkrebs	Verträge mit KB und Bremer Krankenhausgesellschaft	11.04.2012		25.06.2012	02.07.2012	unbefristet
KD0	01	Bremen	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.04.2014		18.06.2014	10.07.2014	unbefristet
KK0	03	Bremen	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.09.2012		30.11.2012	17.12.2012	unbefristet
KE0	05	Bremen	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.05.2014		18.06.2014	10.07.2014	unbefristet
KM0	02	Bremen	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	25.03.2013		05.06.2013	14.06.2013	unbefristet
KS0	06	Bremen	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.05.2014		18.06.2014	10.07.2014	unbefristet
LA2	04	Niedersachsen	Brustkrebs	MeGeSa (Salzgitter)	10.04.2012		09.06.2012	21.06.2012	unbefristet
LA3	04	Niedersachsen	Brustkrebs	Trilateraler Vertrag mit KV Nds. Krh.ges	10.04.2012		09.06.2012	21.06.2012	unbefristet
LD0	01	Niedersachsen	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	07.08.2012		25.10.2012	02.11.2012	unbefristet
LD2	01	Niedersachsen	Asthma bronchiale	MeGeSa (Salzgitter)	07.08.2012		25.10.2012	02.11.2012	unbefristet
LE0	05	Niedersachsen	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	07.08.2012		25.10.2012	02.11.2012	unbefristet
LE2	05	Niedersachsen	Diabetes mellitus Typ 1	MeGeSa (Salzgitter)	07.08.2012		25.10.2012	02.11.2012	unbefristet
LK0	03	Niedersachsen	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	14.08.2012		11.10.2012	22.10.2012	unbefristet
LK2	03	Niedersachsen	KHK	MeGeSa (Salzgitter)	14.08.2012		11.10.2012	22.10.2012	unbefristet
LM0	02	Niedersachsen	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.09.2012		16.11.2012	18.12.2012	unbefristet
LM2	02	Niedersachsen	Diabetes mellitus Typ 2	MeGeSa (Salzgitter)	11.09.2012		16.11.2012	17.12.2012	unbefristet
LS0	06	Niedersachsen	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	07.08.2012		25.10.2012	02.11.2012	unbefristet
LS2	06	Niedersachsen	COPD	MeGeSa (Salzgitter)	07.08.2012		25.10.2012	02.11.2012	unbefristet
MA0	04	Westfalen-Lippe	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	22.10.2012		20.12.2012	11.01.2013	unbefristet
MD0	01	Westfalen-Lippe	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.07.2012		07.09.2012	17.09.2012	unbefristet
ME0	05	Westfalen-Lippe	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	24.09.2012		04.12.2012	11.12.2012	unbefristet

MK0	03	Westfalen-Lippe	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.05.2012		09.07.2012	19.07.2012	unbefristet
MM0	02	Westfalen-Lippe	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.07.2012		09.07.2012	19.08.2012	unbefristet
MS0	06	Westfalen-Lippe	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	20.07.2012		07.09.2012	17.09.2012	unbefristet
NA0	04	Nordrhein	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	22.10.2012		17.12.2012	10.01.2013	unbefristet
ND0	01	Nordrhein	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	18.07.2012		10.09.2012	19.09.2012	unbefristet
NE0	05	Nordrhein	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	24.09.2012		09.11.2012	28.11.2012	unbefristet
NK0	03	Nordrhein	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.05.2012		11.07.2012	26.07.2012	unbefristet
NM0	02	Nordrhein	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.07.2012		10.09.2012	24.09.2012	unbefristet
NS0	06	Nordrhein	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	18.07.2012		10.09.2012	19.09.2012	unbefristet
OA1	04	Berlin	Brustkrebs	Vertrag mit Krankenhäusern und Datenstelle	16.05.2012		13.07.2012	01.08.2012	unbefristet
OD0	01	Berlin	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	24.04.2012		23.02.2012	08.03.2012	unbefristet
OE0	05	Berlin	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.09.2012		09.11.2012	23.11.2012	unbefristet
OK0	03	Berlin	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	28.06.2012		09.11.2012	23.11.2012	unbefristet
OM0	02	Berlin	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	10.05.2013		28.05.2013	10.06.2013	unbefristet
OS0	06	Berlin	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	24.04.2012		23.02.2012	08.03.2012	unbefristet
PA0	04	Brandenburg	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	22.05.2012		04.06.2012	17.06.2012	unbefristet
PD0	01	Brandenburg	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.05.2012		12.07.2012	01.08.2012	unbefristet
PE0	05	Brandenburg	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	27.06.2013		11.09.2013	28.11.2013	unbefristet
PK0	03	Brandenburg	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	08.06.2012		28.06.2012	05.07.2012	unbefristet
PM0	02	Brandenburg	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	16.03.2012		27.04.2012	11.05.2012	unbefristet
PS0	06	Brandenburg	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	26.06.2012		11.06.2012	01.08.2012	unbefristet
QD0	01	Baden-Württemb.	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	30.03.2012		20.06.2012	13.07.2012	unbefristet
QE0	05	Baden-Württemb.	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.10.2011		01.09.2015	28.09.2015	unbefristet
QK0	03	Baden-Württemb.	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.10.2010		01.09.2015	09.09.2015	unbefristet
QS0	06	Baden-Württemb.	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	30.03.2012		20.06.2012	13.07.2012	unbefristet
RA0	04	Sachsen-Anhalt	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	08.05.2012		04.07.2012	16.07.2012	unbefristet
RD0	01	Sachsen-Anhalt	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	21.12.2011		05.01.2012	13.01.2012	unbefristet
RE0	05	Sachsen-Anhalt	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	16.07.2012		04.09.2012	21.09.2012	unbefristet
RK0	03	Sachsen-Anhalt	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	16.07.2012		04.09.2012	21.09.2012	unbefristet
RM0	02	Sachsen-Anhalt	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	05.10.2012		31.10.2012	23.11.2012	unbefristet
RS0	06	Sachsen-Anhalt	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	21.12.2011		05.01.2012	13.01.2012	unbefristet
SA0	04	Thüringen	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	08.06.2012		29.06.2012	16.07.2012	unbefristet
SD0	01	Thüringen	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	08.02.2012		11.04.2012	18.04.2012	unbefristet
SE0	05	Thüringen	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	25.03.2013		06.06.2013	14.06.2013	unbefristet
SK0	03	Thüringen	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	10.04.2012		06.08.2012	13.08.2012	unbefristet

SM0	02	Thüringen	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	04.03.2014		29.04.2014	08.05.2014	unbefristet
SS0	06	Thüringen	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	08.02.2012		11.04.2012	18.04.2012	unbefristet
TA0	04	Sachsen	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	17.07.2012		20.08.2012	28.08.2012	unbefristet
TD0	01	Sachsen	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.11.2012		14.01.2013	01.02.2013	unbefristet
TE0	05	Sachsen	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	02.01.2012		17.04.2012	23.04.2012	unbefristet
TK0	03	Sachsen	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	11.07.2012		20.08.2012	28.08.2012	unbefristet
TM0	02	Sachsen	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	06.06.2013		14.11.2013	28.11.2013	unbefristet
TS0	06	Sachsen	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	29.11.2012		14.01.2013	01.02.2013	unbefristet
UA0	04	Koblenz	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		01.02.2012	23.02.2012	unbefristet
UM0	02	Koblenz	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	21.08.2013		20.12.2013	21.01.2014	unbefristet
VD0	01	Rheinland-Pfalz	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	05.03.2012		24.05.2012	06.06.2012	unbefristet
VD0	05	Rheinland-Pfalz	Diabetes mellitus Typ 1	Vertrag mit KV und Datenstelle	27.11.2013		10.03.2014	24.03.2014	unbefristet
VK0	03	Rheinland-Pfalz	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	28.08.2013		20.12.2013	31.01.2014	unbefristet
VS0	06	Rheinland-Pfalz	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	05.03.2012		24.05.2012	06.06.2012	unbefristet
WA0	04	Rheinhessen	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		01.02.2012	23.02.2012	unbefristet
WM0	02	Rheinhessen	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	21.08.2013		20.12.2013	21.01.2014	unbefristet
XA0	04	Pfalz	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		01.02.2012	23.02.2012	unbefristet
XM0	02	Pfalz	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	21.08.2013		20.12.2013	21.01.2014	unbefristet
YA0	04	Trier	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.01.2012		01.02.2012	23.01.2012	unbefristet
YM0	02	Trier	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	21.08.2013		20.12.2013	21.01.2014	unbefristet
ZA0	04	Saarland	Brustkrebs	Vertrag mit KV und Datenstelle	13.08.2012		27.09.2012	10.10.2012	unbefristet
ZD0	01	Saarland	Asthma bronchiale	Vertrag mit KV und Datenstelle	27.03.2012		09.06.2012	21.06.2012	unbefristet
ZK0	03	Saarland	KHK	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.10.2013		20.12.2013	21.01.2014	unbefristet
ZM0	02	Saarland	Diabetes mellitus Typ 2	Vertrag mit KV und Datenstelle	01.10.2012		30.11.2012	17.12.2012	unbefristet
ZS0	06	Saarland	COPD	Vertrag mit KV und Datenstelle	27.03.2012		09.06.2012	21.06.2012	unbefristet

Anlage zu § 14d der Satzung der BKK VDN

Wahltarife Krankengeld

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). Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
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 §§ 60-62, 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:

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

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

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

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

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der 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 Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. 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 Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),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 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 Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,

- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach 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. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
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.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 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 des Premiumtarifs wird 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 im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
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 S.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 Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 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 des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der 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 Absatz 26ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht.

G e n e h m i g u n g

Die vorstehende Satzungsneufassung wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Düsseldorf, 26.04.2017

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-
Westfalen

Referat 413

Im Auftrag


Jürgen Michalski