

**Satzung
der
Bertelsmann BKK**

**Bertelsmann BKK
Carl-Miele-Str. 214
33311 Gütersloh**

Fassung vom 15.06.2007
inkl. Nachträge 1-25, zuletzt geändert am 06.07.2017
Stand: 01.09.2017

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Beitragssätze
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 13 Kooperation mit der PKV
- § 14 Aufsicht
- § 15 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 16 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

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

Bertelsmann BKK.

Sie ist errichtet worden am 01.07.1957. Die BKK hat ihren Sitz in 33311 Gütersloh.

- II. Der Bereich der BKK erstreckt sich auf die folgenden Betriebe:

a) der Bertelsmann AG

1. Bertelsmann Hauptverwaltung, Gütersloh
2. Unternehmensbereichsleitung Club und Verlage, Gütersloh und München
3. Unternehmensbereichsleitung Elektronische Medien, Gütersloh und Hamburg
4. Unternehmensbereichsleitung Druck und Industrie, Gütersloh
5. Unternehmensbereichsleitung Musik und Video, München
6. BETAX Steuerberatung, Gütersloh
7. BTA Bertelsmann Treuhand- und Anlagenverwaltung, Gütersloh
8. AOL Bertelsmann Online GmbH & Co. KG, Hamburg
9. "AdOn" Online Marketing GmbH & Co. KG, Hamburg
10. Bertelsmann Infoline GmbH, Gütersloh
11. Bertelsmann Game Channel GmbH & Co. KG, Hamburg

b) der Bertelsmann Stiftung

1. Verwaltung Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
2. Verwaltung Deutsche Schlaganfallstiftung, Gütersloh
3. Stiftung für Unternehmensführung, Wirtschaftsethik und gesellschaftliche Evolution, Gütersloh
4. Akademie zur Förderung der manuellen Medizin, Gütersloh
5. Bertelsmann Stadtstiftung, Gütersloh

c) der Reinhard Mohn GmbH

aa) Druck- und Industriebetriebe

1. Mohndruck, Gütersloh
2. Bertelsmann Distribution, Vermold, Gütersloh und Außenlager
3. Gütersloher Druckservice, Gütersloh
4. EPS Electronic Printing Service, Gütersloh
5. Heichlinger Druckerei, Garching
6. BIP Industrieplanung, Gütersloh
7. WBV Buchvertrieb, Gütersloh
8. Alinea Editions- und Medienservice, München
9. Bertelsmann Kalender GmbH, Gütersloh
10. MSW Marketing Service Süd-West GmbH, Stuttgart
11. MSN Marketing Service Nord-West GmbH, Schortens

bb) Speichermedien

1. Unternehmensbereichsleitung Speichermedien, Gütersloh
2. Sonopress, Gütersloh
3. OMS Online-Media-Service GmbH, Gütersloh
4. Topac, Gütersloh

cc) Buch- und Schallplattenclubs

1. Bertelsmann Club mit der Zentrale in Rheda-Wiedenbrück und den Betriebsstätten in sämtlichen Bundesländern
2. Best!Seller Medien Versandhandel GmbH, Stuttgart
3. BOL Medien GmbH, Gütersloh

dd) Verlage und verwandte Betriebe

1. Bereichsleitung Verlage, München und Gütersloh
2. RV Reise- und Verkehrsverlag mit den Betrieben in Gütersloh, Stuttgart und München
3. Bertelsmann Fachzeitschriften, Gütersloh, München und Berlin
4. Bertelsmann Verlag, München mit den Verlagsnamen C. Bertelsmann, Knaus, Blanvalet
5. Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, Gütersloh und Wuppertal (Kiefel)
6. BLB Bertelsmann Lexikon Verlag für Bildungssysteme, Gütersloh
7. Adreßverlag "Richard Scholz", Springe/Deister
8. Adreßverlag Richard Scholz in Berlin
9. Adreßverlag "Rhein-Main-Adreß" in Oberursel
10. Adreßverlag "Meyer direkt" in Hamburg
11. Adreßverlag AZ Direktmarketing, Gütersloh und Garching
12. Bertelsmann Informationsservice Verlag für elektronische Fachinformationen, München
13. Dr. Th. Gabler Verlag, Wiesbaden
14. Friedr. Vieweg Verlag, Braunschweig und Wiesbaden
15. Orbis Verlag, München
16. Lexikon Verlag, Gütersloh
17. VS Verlagshaus, München und Stuttgart
18. Internationales Landkartenhaus, Stuttgart
19. CI Central Inkasso GmbH, Rheda-Wiedenbrück
20. ILS Institut für Lernsysteme, Hamburg
21. Geo Center Verlagsvertrieb, München
22. Prisma Verlag, München
23. GWV Verlagsgesellschaft mbH, Wiesbaden

ee) Film und Fernsehen

ff) Zentrale Dienste

1. Bertelsmann mediaSystems GmbH, Gütersloh
2. MediaWays GmbH Internet-Services, Gütersloh
3. Mtec Gesellschaft für Medientechnologie mbH, Rostock

d) der Bertelsmann Music Group GmbH

1. Bereichsleitung Musik und Video, München
2. Schallplattenbetrieb BMG Ariola, München
3. Schallplattenbetrieb BMG Ariola Media, München

4. Schallplattenvertrieb und -verwaltung BMG Ariola Musik, München
5. Schallplattenvertrieb und -verwaltung BMG Ariola Central, München
6. Service- und Einkaufsbetrieb BMG International Service, München
7. Schallplattenbetrieb BMG Classics, München
8. Schallplattenbetrieb Hansa Musik Produktion, Berlin
9. Schallplattenbetrieb BMG RCA, Hamburg

e) des Graphischen Großbetriebes Pößneck GmbH

1. Druck- und Bindereibetrieb Pößneck
2. BMS Bertelsmann-Media-Service, Lindenthal b. Leipzig

f) der Bertelsmann Druck- und Dienstleistung Berliner GmbH & Co. Betriebs-
oHG

1. Fachzeitschriftenbetrieb Berlin
2. Baunetz Online-Dienst GmbH & Co. KG, Berlin

g) der Stuttgarter Versicherung Generalagentur BCV

1. Werbeorganisation in Gütersloh

III. Der Bereich der BKK erstreckt sich auf das Bundesgebiet.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

- II. Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder sieben Versichertenvertreter und sieben Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat, wie jeder Versichertenvertreter, eine Stimme. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt: Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI. Für die Tätigkeit als Mitglied des Verwaltungsrates wird eine Entschädigung gemäß § 41 Abs. 3 SGB IV nicht gezahlt. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von ihrem Unternehmen der Bertelsmann AG für die Tätigkeit im Verwaltungsrat freigestellt, andernfalls greift die gesetzliche Regelung zum Ersatz des Verdienstausfalles. Reisekosten werden nach dem Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung ersetzt.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
 6. die BKK 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 BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK.
 - V. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in 33311 Gütersloh.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder einschließlich der stellvertretenden Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK.
 2. Für die Seite der Arbeitgeber und die Seite der Versicherten gibt es je eine Liste mit vier Stellvertretern.
 3. Die Mitglieder des Widersprachausschusses werden jeweils von den Vertretern ihrer Gruppe im Verwaltungsrat gewählt. Ihre Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widersprachausschusses beratend teil.
 7. Der Widersprachausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind, mindestens zwei Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind und hiervon mindestens ein Mitglied der Gruppe der Versichertenvertreter angehört.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widersprachausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widersprachausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. mit § 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 BKK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, ins-

besondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 dieses Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familien-

versicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,

3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Beziehender einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
7. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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

1. sie zu dem in § 1 Abs. II und Abs. III der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der BKK 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 BKK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV. Familienversicherung

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

1. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der 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.
2. Erhebt die BKK nach § 242 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die BKK 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.
3. Abweichend von Abs. 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht.
4. Nr. 1 Satz 1 und Absatz 2 gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 12 Abs. II Nr. 3 (Krankengeld) gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur BKK nur unter den Voraussetzungen des Wahltarifs gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK 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 erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes beträgt 1,28 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I.

1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
- 2.
3. Der Arbeitgeber kann abweichend von Nr. 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsberechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei einer Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Vormonats.

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig

- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

IV. Erhebung von Beitragsvorschüssen

1. Die BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
 - die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder

- die keine Beitragsnachweise einreichen.

2. Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je 1 Monat gefordert werden.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Spezielle Leistungen

1. Häusliche Krankenpflege

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird neben der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung im Einzelfall gewährt. Voraussetzung ist, dass Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Leistung wird bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht und ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

2. Haushaltshilfe

Die BKK gewährt auch dann Haushaltshilfe,

- a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält. Voraussetzung ist, dass keine andere Person im Haushalt lebt und diesen weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt,

- b) wenn nach ärztlicher Feststellung eine Krankenhausbehandlung durch eine ambulante Operation entbehrlich wird. Voraussetzung ist, dass keine andere Person im Haushalt lebt und diesen weiterführen kann. Die Dauer ist auf die ansonsten zu gewährende Krankenhausbehandlung begrenzt,
- c) wenn der Versicherte nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer akuten Erkrankung den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass keine andere Person im Haushalt lebt und diesen weiterführen kann und ein Kind, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, im Haushalt lebt. Die Leistung wird für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit gewährt.

Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die BKK kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

3. Wahltarife Krankengeld

Die Bertelsmann BKK 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 von 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage zu § 12 Abs. II Nr. 3, die Bestandteil dieser Satzung ist.

4. Bonusmodell für gesundheitsbewusstes Verhalten von Versicherten

Die BKK belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten von Versicherten mit einem Gesundheitsbonus. Näheres zu Anspruchsvoraussetzungen, berücksichtigungsfähigen Leistungen, Höhe und Auszahlung regelt die Anlage, die Bestandteil der Satzung ist.

5. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

6. Zusätzliche Leistungen

Die BKK übernimmt gemäß § 11 Abs. 6 SGB V zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen:

a) Kostenerstattung für nicht zugelassene Leistungserbringer

Versicherte, die einen nicht zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten oder eine Privatklinik aufsuchen, erhalten einen Zuschuss in Höhe des kassenüblichen Vertragspreises. Die BKK kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages vereinfachen. Spezifizierte Rechnungen sind vorzulegen. Die gesetzliche Zuzahlung wird in Abzug gebracht. Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer über die Approbation als Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut verfügt. Ausgenommen sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

b) Zusätzliche Leistungen

Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den nachfolgend genannten Leistungen:

- Die BKK bezuschusst über den Leistungsrahmen des § 28 SGB V hinaus zahnärztliche Leistungen der professionellen Zahnreinigung. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist. Der Zuschuss ist auf 20 Euro im Kalenderjahr begrenzt.
- Versicherte erhalten einmal jährlich über die in § 23 Abs. 1 SGB V genannte ärztlich Behandlung hinaus einen Zuschuss zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind und sich auf Vorsorgemaßnahmen beziehen. Der Zuschuss zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist auf insgesamt 20 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird. Er gilt für folgende bezuschussungsfähige Untersuchungen:

1. Ultraschalluntersuchung der weiblichen Brust bei Frauen bis einschließlich zum Alter von 49 Jahren, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - hohe Brustdichte,
 - familiäre Vorbelastung oder
 - während einer Hormonersatztherapie
2. PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - Alter von 55 bis 69 Jahren oder
 - familiäre Vorbelastung
3. Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung für Versicherte, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - ab dem Alter von 40 Jahren,
 - bekannte Glaukom-Erkrankung in der Familie oder
 - hohe Myopie.
4. Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für Versicherte bis zum Alter von 34 Jahren, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - bei bekannter Hautkrebserkrankung in der Familie,

- mit hellem Hauttyp,
 - mit kongenitalem Naevus,
 - mit aktinischer Keratose,
 - mit nicht-melanozytärem Hautkrebs in der Vorgeschichte,
 - in der Immunsuppression oder
 - nach Röntgenkombinationsschaden.
- Die BKK bezuschusst für versicherte Frauen die Kosten für eine Rufbereitschaftspauschale der Hebamme für die Zeit der 38. bis 42. Woche der Schwangerschaft. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Der Zuschuss ist auf 100 Euro im Kalenderjahr begrenzt.
 - Die BKK bezuschusst für versicherte Frauen die Kosten von Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft. Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:
 1. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes.
 2. Toxoplasmose-Screening bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).
 3. Triple-Test bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation.

Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

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 oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist.

Der Zuschuss ist auf 100 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

- Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit 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 qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

Die BKK übernimmt die Kosten für bis zu 3 Sitzungen im Kalenderjahr. Je Sitzung werden bis zu 40 Euro übernommen, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung ist eine ärztliche Verordnung einzureichen.

Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen und durch Originalrechnung nachgewiesenen Kosten.

Der Zuschuss für die zusätzlichen Leistungen ist insgesamt im Kalenderjahr auf 120 Euro je Versicherten begrenzt.

c) Künstliche Befruchtung

Die BKK leistet zusätzlich zu den von ihr mit dem Behandlungsplan gemäß § 27a SGB V genehmigten Kosten für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar. Zur Erstattung ist der BKK eine spezifizierete Originalrechnung einzureichen.

Der Zuschuss an das Ehepaar beträgt 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der BKK versichert sind. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a SGB V unberührt.

d) Flash-Glukose-Messsystem (FGM)

- Auf Antrag des Versicherten übernimmt die BKK die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- Voraussetzungen sind,
 - a. dass eine intensivierete konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpen-therapie bei Diabetes mellitus erfolgt,
 - b. die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung können auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden, und
 - c. die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, oder
 - Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder- Endokrinologie und –Diabetologie.“
- Vor Behandlungsbeginn ist mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf Personen bezo-

gene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.

- Nach Zustimmung vor Versorgungsbeginn übernimmt die BKK die Kosten für das Lesegerät einmalig in Höhe von bis zu 60 Euro und die Kosten für Sensoren bis zu einem Höchstbetrag von 60 Euro je Sensor alle zwei Wochen, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V.

7. Kostenerstattung

a) Behandlung im Inland

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Die Kostenerstattung beginnt zu dem vom Versicherten gewählten Zeitpunkt. Abweichend davon kann bei neu begründeten Versicherungsverhältnissen die Kostenerstattung vom Beginn der Versicherung an gewählt werden. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Bertelsmann BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die BKK kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages vereinfachen und einen pauschalisierten Kostensatz erstatten. Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung werden pauschal 33 %, für den Bereich der ambulanten zahnärztlichen Behandlung werden pauschal 25 % des Brutto-Rechnungsbetrages erstattet. Versicherte können bei der Antragstellung anstelle der pauschalisierten Erstattung die Erstattung in Höhe des tatsächlichen Sachleistungsbetrags wählen. Ein Günstig-

keitsvergleich ist ausgeschlossen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist ab der dritten Rechnung im Kalenderjahr um 5 v. H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.

b) Behandlung im Ausland

1. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz 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.
2. 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.
3. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
4. Der Erstattungsbetrag ist um 8 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Bertelsmann BKK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
6. Abweichend von Ziffer 1 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK 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.

c) Wahlarzneimittel

1. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis	Mehrkostenanteil
bis 15 €	30 %
16 – 30 €	40 %
31 – 100 €	60 %
101 – 300 €	70 %
301 – 500 €	80 %
mehr als 500 €	84 %

3. § 12 II Nr. 7a) Abs. 4 bis 6 gelten entsprechend

8. Schutzimpfungen

Die BKK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 20 i Abs. 1 SGB V.

Versicherte erhalten darüber hinaus auch für die anderen von der STIKO in den Kategorien „S“, „A“, „I“, „R“ und „P“ oder im Einzelfall ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten einen Zuschuss, es sei denn, diese sind beruflich bedingt.

Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen und durch Originalrechnung nachgewiesenen Kosten. Der Zuschuss ist insgesamt im Kalenderjahr auf 50 Euro je Versicherten begrenzt.

Die Kosten der HPV-Impfung werden für Frauen bis zum Alter von 26 Jahren übernommen. Kann die HPV-Impfung nicht als Sachleistung erbracht werden, besteht ein Anspruch auf Erstattung bis zur Höhe des Betrages, der bei der Sachleistung entstanden wäre.

9. Medizinische Leistungen der Vorsorge

- a) Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 €.
- b) Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 21 €.

- c) Kommt die nach über- und zwischenstaatlichem Recht grundsätzlich vorgesehene Sachleistungsaushilfe nicht zustande, beteiligt sich die BKK an ambulanten Maßnahmen nach § 23 Abs. 2 SGB V im sog. Vertragsausland, soweit diese unter Beachtung des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts als Leistungen im anderen Staat vorgesehen sind und dort durchgeführt werden, im Wege der nachträglichen Kostenerstattung. Erstattet werden im Rahmen von Art. 34 Abs. 4 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72: die Aufwendungen für ärztliche Behandlung in Höhe der Pauschale im Rahmen des Badearztvertrages, die Aufwendungen für die ärztlich verordneten Heilmittel, bis zu einem Betrag, der hierfür für Badekuren in vergleichbaren Kurorten im Inland aufgewendet wird, jeweils ggf. begrenzt auf die Höhe der tatsächlichen Aufwendungen. Andernfalls erfolgt die Erstattung nach Art. 34 Abs. 1 a.a.O. in Höhe der ausländischen Sätze. Als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe übernimmt die BKK kalendertäglich 13 €.

10. 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 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz in den dort aufgeführten prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

-

Ernährung:

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

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung
- Maßnahmen zur Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

Als Leistung wird ein Zuschuss gezahlt. Dieser beträgt je Kalenderjahr und Handlungsfeld 85%, für Versicherte, welche die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erreicht haben, 100% der Kosten. Die Höhe des Zuschusses ist jeweils auf 80 € begrenzt. Bietet die BKK eigene Präventionsleistungen an, für die höhere Zuschüsse vorgesehen sind, hat der Versicherte einen Anspruch in diesem Umfang. Nimmt ein Versicherter der Bertelsmann BKK an einer Präventionsmaßnahme teil, die von einer anderen gesetzlichen Krankenkasse angeboten wird, hat der Versicherte einen Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten bis zu einem Höchstwert von 150 Euro.

11b. Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- 1) Die Bertelsmann BKK 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.
- 2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- 3) 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. gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

11c. Wahltarif besondere Versorgung

- 1) Die Bertelsmann BKK 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.
- 2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- 3) 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.

11d. Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Bertelsmann BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V bundesweit folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

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

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.

12. Ärztliche Zweitmeinung Onkologie

- 1) Die Bertelsmann BKK gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren Eingriffen durch
 - zugelassene Ärzte
 - zugelassene medizinische Versorgungszentren
 - ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
 - zugelassene Krankenhäuser sowie
 - nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- 2) Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, oder weitere mögliche Erbringer der Zweitmeinung gem. § 27b Abs. 3 Nr. 1 - 4 SGB V, mit denen die Bertelsmann BKK eine Vereinbarung nach Absatz 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
- 3) Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen folgender gesicherter Diagnosen:

ICD Code C00-C97-Bösartige Neubildungen in den Bereichen

- Lippe,
- Mundhöhle,
- Pharynx,
- Verdauungsorgane,
- Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe,
- Knochen und Gelenkknorpel,
- Haut,
- Mesotheliales Gewebe,
- Weichteilgewebe,
- Brustdrüse (Mamma),
- Weibliche Genitalorgane,

- Männliche Genitalorgane,
- Harnorgane,
- Auge,
- Gehirn,
- sonstige Teile des Zentralnervensystems,
- Schilddrüse,
- sonstige endokrine Drüsen, sowie
- bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes,
- Primärtumoren an mehreren Lokalisationen.

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

- 4) Alle Versicherten der Bertelsmann BKK können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Bertelsmann BKK krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
- 5) Die Bertelsmann BKK trifft Vereinbarungen zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,

2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung kann durch Leistungserbringer, mit denen die Bertelsmann BKK eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt werden.

Die Bertelsmann BKK führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Bertelsmann BKK veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Bertelsmann BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

- 6) Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Bertelsmann BKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- 7) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Bertelsmann BKK in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

- 8) Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V.

13. Persönliche elektronische Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Bertelsmann BKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte.

Diese Dienstleistung ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten. Sie wird durch einen mit der BKK kooperierenden Dritten erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der BKK zu Gunsten der Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Kasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden Einzelheiten zur Verfügung. Zur Nutzung der Gesundheitsakte müssen die Versicherten daneben mit dem kooperierenden Dritten einen Vertrag abschließen.

Die BKK übernimmt die Gebühren für die Nutzung einer Gesundheitsakte direkt gegenüber dem kooperierenden Dritten, wenn und solange deren Nutzer bei ihr versichert ist, was regelmäßig anhand der vom Nutzer bei Vertragsabschluss angegebenen Versichertendaten überprüft wird. Die Einzelheiten sind durch den Vertrag mit dem kooperierenden Dritten sowie dessen Verträge mit den Nutzern zu regeln. Weder die BKK noch der kooperierende Dritte erhalten Einsicht in die in der Gesundheitsakte gespeicherten persönlichen Gesundheitsdaten.

14. Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

1. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe des Bonus wird im Bonusvertrag geregelt.
2. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen und mit einander verbunden sind:
 - Vorhalten einer Organisationsstruktur für die Koordination von BGF (z.B. Arbeitskreis Gesundheit)
 - Anbieten von kostenlosem Gesundheitssport im Betrieb
 - Ermöglichen von Check-ups im Betrieb
 - Anbieten von ärztlichen Untersuchungen zur Identifikation gesundheitlicher Risikofaktoren sowie eine Beratung zu deren

Reduzierung. Inhalt der Beratung ist sowohl das individuelle Verhalten (Lebensstil) als auch das betriebliche Arbeitsumfeld.

3. In der mit einer Firma vereinbarten Bonusregelung kann eine Bonifizierung für teilnehmende BKK-versicherte Mitarbeiter vorgesehen werden. Die Teilnahmebedingungen und die Bonushöhe ist im Vertrag festzulegen. Die Bonifizierung für Versicherte nach dieser Regelung schließt eine zusätzliche Bonifizierung identischer Aktivitäten für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 12 Abs. II Nr. 4 der Satzung aus.

III. Leistungsausschluss

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.

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der BKK 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 nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Kooperation mit der PKV

Die BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 14 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 15 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordwest als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 16 Bekanntmachungen

1. Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen im Internet unter www.bertelsmann-bkk.de sowie nachrichtlich durch Aushang in den Räumen der BKK und in der Mitgliederzeitschrift. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen

autonomen Rechts der BKK beträgt die Aushangfrist zwei Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken

2. Die BKK veröffentlicht gemäß § 305b SGB V und den dazu geltenden Verwaltungsvorschriften im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer eigenen Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung. Zudem werden diese Angaben auch nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und in der Geschäftsstelle ausgehängt. Die Aushangfrist beträgt einen Monat. Im Internet bleibt die Veröffentlichung bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt.

§ 17 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 15.06.2007 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.08.2007 in Kraft.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Dr. Franz Netta