



BKK ZF & Partner

Partner für Ihre Gesundheit



Satzung

der

BKK ZF & Partner zum 01.08.2009
(in der Fassung des 22. Nachtrags vom
01.01.2017)

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2 a Versichertenälteste
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8 a *entfällt*
- § 8 b Wahltarif Prämienzahlung
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 9 a *entfällt*
- § 9 b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10 a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12 a Wahltarif Selbstbehalt
- § 12 b Primärprävention
- § 12 c Schutzimpfungen
- § 12 d Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 13 a Modellvorhaben
- § 13 b derzeit nicht besetzt
- § 13 c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- § 13 d Wahltarif besondere Versorgung**
- § 13 e Wahltarif integrierte Versorgung**
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

- § 14 a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- § 15 Wahltarife Krankengeld**
- § 16 Kooperation mit der PKV**
- § 17 Aufsicht**
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband**
- § 19 Bekanntmachungen**
- § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse**

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung - Entschädigungsregelung

**Anlage zu § 9 b der Satzung - Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungs-
ausgleichsgesetz**

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 BKK ZF & Partner.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2009 durch die Vereinigung der BKK ZF & Partner und der BKK ZF Getriebe GmbH.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Koblenz.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe:

1. ZF FRIEDRICHSHAFEN Aktiengesellschaft
mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Ahrweiler, Max-Planck-Str. 17
Auerbach, Cherrystraße
Berlin, Blomberger Weg 4 F
Bielefeld, Windesbleicher Str. 80
Bonn, Friesdorfer Straße 175
Brandenburg, Caasmannstr. 9
Bremen, Borgwardstr. 16
Damme, Dr.-Jürgen-Ulderup-Platz 1
Darmstadt, Werner-von-Siemens-Str. 35
Dielingen, Dr.-Jürgen-Ulderup-Platz 1
Diepholz, Dr.-Jürgen-Ulderup-Platz 11
Diepholz, Siemensstr. 4
Dortmund, Vincenz Wiederholt Straße 10
Dresden, Ringstraße 6
Eitorf, Bogestr. 50
Frankfurt, Hanauer Landstr. 336
Friedrichshafen, Ehlersstraße 50
Friedrichshafen, Graf-von-Soden-Platz 1
Friedrichshafen, Industriegeweg
Friedrichshafen/Kressbronn, Argenstr. 30
Gotha, Karl-Liebknecht-Straße 26
Gotha, Passauer Str. 1
Kressbronn, Argenstr. 30
Kreuztal, Langenauer Str. 18
Lemförde, Dr.-Jürgen-Ulderup-Platz 1
Leipzig, Gewerbeviertel 4
Magdeburg, Köbelitzer Straße 3a
Mannheim, Waldhofstr. 82
Passau, Donaustraße 25 – 71
Passau, Tittlinger Straße 28
Porta Westfalica (Minden), Rehwinkel 5

- Saarbrücken, Am Zementwerk 18
 Saarbrücken, Südring 1
 Simmern, Argenthaler Str. 13
 Schweinfurt, Ernst-Sachs-Str. 62
 Schweinfurt, Obere Weiden 12
 Thyrnau, Graf-Zeppelin-Straße 1
 Urbach, Robert-Bosch-Straße 6
 Vertriebsbüro Mainz
 Wagenfeld, Am Uhlenberg 1
2. ZF Versicherungsvermittlungs GmbH Friedrichshafen
 3. Herion-Systemtechnik GmbH, Fellbach
 4. ZF Gastronomie Service GmbH
 mit folgenden Betriebsstätten:
 Friedrichshafen
 Schwäbisch Gmünd
 Passau
 5. Robert Bosch Automotive Steering GmbH
 mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:
 Schwäbisch Gmünd, Richard-Bullinger Straße 77
 Schwäbisch Gmünd, Lorcher Straße 121 – 131
 Schwäbisch Gmünd, Güglingstraße 95
 Berlin, Lange Enden 1
 Bietigheim, Asperger Straße 24
 6. Zollern GmbH & Co. KG,
 mit den Betriebsstätten in
 72517 Sigmaringendorf-Laucherthal, Hitzkofer Straße 1
 88518 Herbertingen, Heustraße 1
 88236 Aulendorf, Sandweg 60
 7. Zollern-Vertriebs-GmbH & Co. KG,
 72517 Sigmaringendorf-Laucherthal, Hitzkofer Straße 1
 8. EZS Fürstlich Hohenzollernsche Elektrozentrale Sigmaringen GmbH
 & Co., 72488 Sigmaringen, In den Käppeleswiesen 7
 9. Schuler Pressen GmbH in 73033 Göppingen, Bahnhofstr. 41
 mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:
 99086 Erfurt, Schwerbomer Str.1
 88250 Weingarten, Schussenstraße 11
 und Servicecenter Remscheid in 42897 Remscheid/Bergisch-Born
 10. Müller Weingarten Werkzeuge GmbH in 88250 Weingarten
 11. Boge Elastmetall GmbH
 mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:
 Werk Bonn-Bad Godesberg
 Werk Simmern
 Werk Damme
 12. Nestle Waters Deutschland GmbH, Mainz

mit ihrer Zweigniederlassung
Neuselters Mineralquelle, Selters an der Lahn

13. CSS draht Schmidt GmbH
mit den Betriebsanlagen in Lahnstein
14. DSD Stahl Group GmbH, Saarlouis
 - die Niederlassung DSD Hilgers, Rheinbrohl
 - die Montageabteilung
 - das Werk Jänschwalde in 03185 Peitz
 - die Wiegel Rheinbrohl Feuerverzinken GmbH & Co KG., Neuwied
15. Köngisbacher Brauerei GmbH & Co. KG
 - Koblenz
 - Bad Godesberg
 - Wächtersbach
 - Homburg
16. Schaefer Kalk GmbH & Co. KG
 - das Werk Hahnstätten (Rhein-Lahn-Kreis)
 - die Hauptverwaltung in Diez/Lahn (Rhein-Lahn-Kreis)
17. RHI Urmitz AG & Co. KG, 56220 Urmitz und
RHI Refractories Spaeter GmbH, 56220 Urmitz

III Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Gebiete der Länder:

Baden-Württemberg
Bayern
Berlin
Brandenburg
Bremen
Hamburg
Hessen
Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

§ 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 am 01.01. des Kalenderjahres.

- II Der Verwaltungsrat besteht aus 15 Vertretern der Versicherten und 9 Vertretern der Arbeitgeber. 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.

- II Mit Beginn der 11. Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse als Mitglieder
 - 15 Vertreter der Versicherten und
 - 9 Vertreter der ArbeitgeberAn. 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.

- 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. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

V a Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

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

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 und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Jahresrechnung und Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2 a Versichertenälteste

- I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste gewählt.

- II Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

- III Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

 Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und die Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

- IV Die Entschädigung der Versichertenältesten gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Koblenz.
- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Versicherten und einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat sechs Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird 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. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 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 Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV in Verbindung 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 Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v.H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 Vorruhestandsgesetz 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 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
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 Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in anerkannten 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, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01.01.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 01.01.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 03.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01.01.1985 der 01.01.1992 maßgebend,

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; 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 Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,

5. 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 Abs. 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.
6. innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 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.

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 den in § 1 Abs. II und Abs. III der Satzung genannten Bereichen gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat
oder
3. der Ehepartner oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen 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 oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 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. I SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 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 Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. V 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 Abs. 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 diesem Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- IV Wenn ein Wahltarif nach §§ 8b, 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8b Absatz VI, 12a Absatz VII oder 15 Absätze XVI und XVII, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

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

- entfällt -

§ 8 b Wahltarif Prämienzahlung

- I Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, schriftlich erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

- II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention (§§ 20 und 20d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien.

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III Der jährliche Prämienzahlungsbetrag ist abhängig vom monatlichen Bruttoeinkommen und darf 1/12 der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten. Es gelten folgende Tarifgruppen:

Tarifgruppe 1	monatliches Bruttoeinkommen von	300,00 €	bis	500,00 €
Tarifgruppe 2	monatliches Bruttoeinkommen von	500,01 €	bis	1.000,00 €
Tarifgruppe 3	monatliches Bruttoeinkommen von	1.000,01 €	bis	2.000,00 €
Tarifgruppe 4	monatliches Bruttoeinkommen von	2.000,01 €	bis	3.000,00 €
Tarifgruppe 5	monatliches Bruttoeinkommen ab	3.000,01 €		

Die jährliche Prämienzahlung beträgt in der

Tarifgruppe 1	40,00 €
Tarifgruppe 2	75,00 €
Tarifgruppe 3	150,00 €
Tarifgruppe 4	250,00 €
Tarifgruppe 5	350,00 €.

Soweit die Wahl der Prämienzahlung während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, wird die Prämienzahlung anteilig berechnet. Das Gleiche gilt entsprechend, soweit nach der Wahl der Prämienzahlung nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Absatz IV gilt.

IV Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 € bei einem und 900,00 € bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.

V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.

VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I schriftlich erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Be-

triebskrankenkasse.

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz I SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes beträgt 0,95 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a *Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V* **- entfällt -**

§ 9 b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

- II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10 a Erhebung von Mahngebühren

Die Mahngebühr wird gemäß § 19 Absatz 2 VwVG erhoben. Sie beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 150 Euro.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrags 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 24 b SGB V)
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX

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

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat maximal 310,00 € erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

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

III Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn
 - im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist
 - der/dem Versicherten nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer Krankheit der/des Versicherten die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und
 - eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht fortführen kann.

Der Anspruch besteht höchstens für 8 Stunden täglich und längstens für 4 Wochen.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet, die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaussfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen 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 in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

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 die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 € 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 3,00 € und maximal 50,00 € 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die 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. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 27,5 vom Hundert als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.
3. § 12 Abs. V Nr. 6 gilt entsprechend.

VII Zusätzliche Satzungsleistungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt nach § 11 Abs. 6 SGB V zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

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

Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

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

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

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

Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kos-

ten pro Arzneimittel nach Absatz 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 € pro Kalenderjahr und Versicherten.

Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

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

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

2. der Osteopathie

Versicherte der Betriebskrankenkasse können mit einer ärztlichen Bescheinigung 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.

Die Leistungserbringer haben die nachfolgend aufgeführten Qualitätsanforderungen zu erfüllen:

- Mitgliedschaft in einem Berufsverband der Osteopathen oder
- Absolvierung einer osteopathischen Ausbildung, die zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 v.H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,00 € pro Sitzung.

Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.

3. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus, erstattet die BKK ZF & Partner Kosten in Höhe von maximal 300 Euro je Schwangerschaft für die folgenden Leistungen:

a) Von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Leistungen:

- Nackenfaltenmessung
- Toxoplasmostest, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien
- Triple-Test

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D-Ultraschall

Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige ärztliche Untersuchung noch nicht vorliegt, aber im Einzelfall Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

- b) Eines Geburtsvorbereitungskurses für werdende Väter, wenn beide Elternteile bei der BKK ZF & Partner versichert sind. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Anerkannt werden die Kosten in Höhe der vereinbarten Vertragssätze und gemäß den Bestimmungen für die Geburtsvorbereitung für Schwangere (Anlage 1 zum Vertrag nach § 134 a SGB V).
- c) Kosten einer Hebammenrufbereitschaft in der 38. Bis 42. Schwangerschaftswoche für bei der BKK ZF & Partner versicherte Frauen. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Pauschale beinhaltet täglich:

- 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit
- Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe
- Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren
- Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

- d) Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel in der Schwangerschaft, deren Verordnung durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Der Maximalbetrag in Höhe von 300 Euro kann einmalig für alle Leistungen nach a), b) c) und d) in Anspruch genommen werden.

Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

- 4. Versicherte Kinder und Jugendliche können auf ärztliche Veranlassung die folgenden Leistungen in Anspruch nehmen, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, mit dem Ziel, eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

- Gesundheits-Check „U10“ im Alter von 7 bis 8 Jahren
Schwerpunkte dieser Vorsorgeuntersuchung sind das Erkennen von Entwicklungsstörungen (wie z.B. Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), von Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen und ggf. das Einleiten von Maßnahmen.
- Gesundheits-Check „U11“ im Alter von 9 bis 10 Jahren
Schwerpunkte dieser Vorsorgeuntersuchung sind das Erkennen von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädigendes Medienverhalten, Bewegungs- und Sportmangel sowie eines problematischen Umgangs mit Suchtmitteln und ggf. das Einleiten von Maßnahmen.
- Gesundheits-Check „J2“ im Alter von 16 bis 17 Jahren
Zu den Schwerpunkten dieser Vorsorgeuntersuchung gehört das Erkennen bzw. die Behandlung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, von Haltungstörungen, Kropfbildung bis hin zur Diabetes-Vorsorge. Inklusive Beratung des/ der Jugendlichen bei Fragen des Verhaltens, der Sozialisation, der Familie und der Sexualität sowie der Berufswahl.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung durch

- einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder
- einen Facharzt für Allgemeinmedizin mit vollständiger Weiterbildung in Pädiatrie durchgeführt wird.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten einmalig je versicherte Person:

- für den Gesundheits-Check „U 10“ bis zu 50,00 €
- für den Gesundheits-Check „U 11“ bis zu 50,00 €
- für den Gesundheits-Check „J2“ bis zu 50,00 €

Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

§ 12 a Wahltarif Selbstbehalt

I Mitglieder können abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der jährliche Selbstbehalt kann, abhängig von der Höhe der jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (Jahreseinkommen), in den Tarifgruppen 1 bis 4 gewählt werden. Der jährliche Selbstbehalt beträgt in der

- Tarifgruppe 1 120,00 €,
- Tarifgruppe 2 250,00 €,
- Tarifgruppe 3 550,00 € und
- Tarifgruppe 4 900,00 €.

Gewählt werden können bei einem Jahreseinkommen

- ab 6.000,00 € bis weniger als 12.000,99 €: die erste Tarifgruppe
- bei einem Jahreseinkommen ab 12.000,00 € bis weniger als 24.000,00 €: die erste und zweite Tarifgruppe
- bei einem Jahreseinkommen ab 24.000,00 € bis weniger als 36.000,00 €: die erste, zweite und dritte Tarifgruppe
- bei einem Jahreseinkommen ab 36.000,00 €: die erste, zweite, dritte oder vierte Tarifgruppe.

II Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Prävention (§§ 20 und 20d SGB V)
Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien.

III Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung der vertragsärztlichen Leistungen auf die Selbstbeteiligung.

Werden vertragsärztliche Leistungen mit Verordnungsfolgen (mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II) in Anspruch genommen, so wird die ärztliche Leistung pauschal auf die Selbstbeteiligung angerechnet. In diesem Fall wird für die vertragsärztliche Leistung eine Pauschale von 25,00 € je Quartal mit Arztkontakt berechnet.

Werden vertragszahnärztliche Leistungen mit Verordnungsfolgen (mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II) in Anspruch genommen, so wird die zahnärztliche Leistung pauschal auf die Selbstbeteiligung angerechnet. In diesem Fall wird für die vertragszahnärztliche Leistung eine Pauschale von 25,00 € je Quartal mit Arztkontakt berechnet.

Werden andere Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II) in Anspruch genommen, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, z.B. für

- Medikamente
- Heilmittel
- Krankengeld
- Zahnersatz
- kieferorthopädische Behandlung
- stationäre Behandlung

IV Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt in der

- Tarifgruppe 1 100,00 €,
- Tarifgruppe 2 200,00 €,
- Tarifgruppe 3 400,00 € und
- Tarifgruppe 4 600,00 €.

§ 8b Absatz IV gilt. Die Zahlung der Prämie erfolgt spätestens im Monat September für das abgelaufene Kalenderjahr.

V Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Das Mitglied kann durch schriftliche Erklärung nach Wirksamwerden der Wahlerklärung für den Wahltarif abhängig von seinem Jahreseinkommen eine höhere Tarifgruppe des Selbstbehalts nach Absatz I wählen. Satz 1 gilt entsprechend. Hat das Mitglied die seinem Jahreseinkommen entsprechende höchste Tarifgruppe gewählt und verringert sich sein Jahreseinkommen, muss eine entsprechende Anpassung erfolgen. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

VI § 8 b Absatz V gilt entsprechend.

VII Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit dem Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 12 b Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und / oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

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

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im oben genannten 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 160,00 € je Kalenderjahr gewährt.

§ 12 c Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen:

- 1 Grippeschutzimpfungen,
2. Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden,

§ 12 d Leistungsausschluss

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

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

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

§ 13 a Modellvorhaben
- derzeit nicht besetzt -

§ 13 b derzeit nicht besetzt

§ 13 c 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 in der jeweiligen 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.

§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

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

II Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

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

ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40,00 € im Jahr.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach Satz 1 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140 a SGB V an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen 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 Versorgungsvertrags
 - 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 Vertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- IV Versicherte, die an einer besonderen Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme folgende Zuzahlungen:
 - nach §§ 39 und 40 SGB V, soweit eine stationäre Einrichtung im Sinne der §§108/109 SGB V oder § 111 SGB V Vertragspartner der besonderen Versorgung ist und die stationäre Behandlung Bestandteil der besonderen Versorgung ist
 - in Höhe von 50 v. H. der Zuzahlungen. Die Gesamtsumme der Zuzahlungsermäßigung darf im Kalenderjahr 140,00 € nicht übersteigen.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich, unter Beifügung der jeweiligen Quittungen, zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I Bei der BKK ZF & Partner versicherte Kinder, die nach dem 01.01.2014 geboren wurden, erhalten einen Bonus, wenn sie die folgenden Voraussetzungen vollständig nachweisen und die Mutter und/oder der Vater bei Beantragung des Bonus ungekündigt bei der BKK ZF & Partner versichert ist/sind :
1. Vollständige Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Feststellung der Schwangerschaft entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.2).
 2. Vollständige Inanspruchnahme der regelmäßigen ärztlichen gynäkologischen Kontrolluntersuchungen bzw. der Kontrolluntersuchungen durch eine zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte Hebamme entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.4).
 3. Durchführung von drei Ultraschall-Screenings entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.5).
 4. Vollständige Beratung der Schwangeren hinsichtlich Ernährung, HIV-Test, Zahngesundheit für Mutter und Kind entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.1).
 5. Durchführung eines Glukosebelastungstests im Rahmen eines Screenings im Zeitraum zwischen der 24. + 0 und der 27. + 6 Schwangerschaftswoche entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr.8).
 6. Mitversicherte Kinder nehmen die vorgesehenen Kinderuntersuchungen U1 bis U4 vollständig in Anspruch.

Der Bonus beträgt:

- 100 Euro, wenn Mutter oder Vater und das Kind zum Zeitpunkt der Beantragung des Bonus ungekündigt bei der BKK ZF & Partner versichert sind.

Der Bonus erhöht sich um jeweils 50 Euro je Kind bei Mehrlingsgeburten.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird mit dem Mutterpass, dem Kinderuntersuchungsheft und/oder der BKK-Bonus-Karte für Kinder und Jugendliche (Abs. I Nr. 6) nachgewiesen. Der Bonus für Vorsorge bei Mutter & Kind ist bis zur Vollendung des 7. Lebensmonats des Kindes zu beantragen.

Durch die Bestätigung der unter Nr. 6 aufgeführten Untersuchungen gelten diese als erfüllt und können nicht zusätzlich als Bonuspunkte nach § 14 Abs. II Nr. 1 eingereicht werden.

- II Versicherte, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie mindestens 3 Punkte aus den Punkten 1 – 9 einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte einen oder mehrere weitere Punkte nachweist.
1. Mitversicherte Kinder nehmen die vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 bis U9) für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 2. Inanspruchnahme der Jugenduntersuchung J1 für den Zeitraum des jeweiligen Jahres.
 3. Inanspruchnahme der zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab dem 3. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (eine Untersuchung pro Kalenderjahr).
 4. Der Versicherte nimmt die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Zahnvorsorgeuntersuchungen vollständig in Anspruch.
 5. Der Body-Maß-Index des Versicherten ist im alters- und geschlechtsspezifischen Normbereich.
 6. Der Versicherte hat mindestens eine von der BKK ZF & Partner nach § 20d SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen. Weist der Versicherte einen vollständigen Impfschutz nach, gilt der Bonuspunkt als erfüllt. Ein Bonus wird nicht gezahlt.
 7. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport.
Dies ist nachzuweisen durch einen Leistungsnachweis (z.B. Sport- oder Schwimmbadabzeichen)
 - des Deutschen Olympischen Sportbundes,
 - des Deutschen Schwimmverbandes,
 - des Deutschen Leichtathletikverbandes,
 - des Deutschen Turnerbundes oder
 - des Bundes deutscher Radfahrer.
 Alternativ:
 Der Versicherte nimmt mindestens an 30 Trainingseinheiten im Kalenderjahr an einer Ausdauer orientierten Sportart
 - in einem Sportverein oder
 - in einem zertifizierten Fitness-Studio teil.
 8. Der Versicherte nimmt bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres regelmäßig an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Entwicklungsförderung teil, z.B.
 - Babyschwimmen
 - Babymassage
 - PEKIP- Prager-Eltern-Kind-Programm
 9. Ab Vollendung des 6. Lebensjahres nimmt der Versicherte einmal jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.

Durch die Bestätigung der unter Nr. 1 aufgeführten Untersuchungen gelten diese als erfüllt und können nicht zusätzlich als Bonuspunkte nach § 14 Abs. I Nr. 6 eingereicht werden.

- III Versicherte, die mindestens 16 Jahre alt sind und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie mindestens 4 Punkte aus den Punkten 1 - 9 einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte einen oder mehrere weitere Punkte nachweist.
1. Der Versicherte nimmt eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 2. Der Versicherte nimmt eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V in Anspruch (ohne Hautkrebsvorsorge).
 3. Der Versicherte nimmt die nach § 22 Abs. 1 SGB V oder § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V vorgesehenen Zahnvorsorgeuntersuchungen vollständig in Anspruch.
 4. Der Versicherte nimmt einmal jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 5. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport.
Dies ist nachzuweisen durch einen Leistungsnachweis (z.B. Sport- oder Schwimmbabzeichen)
 - des Deutschen Olympischen Sportbundes,
 - des Deutschen Schwimmverbandes,
 - des Deutschen Leichtathletikverbandes,
 - des Deutschen Turnerbundes oder
 - des Bundes deutscher Radfahrer.Alternativ:
Der Versicherte nimmt mindestens an 30 Trainingseinheiten im Kalenderjahr an einer Ausdauer orientierter Sportart
 - einer Betriebssportgruppe,
 - in einem Sportverein,
 - in einem zertifizierten Fitness-Studio oder
 - im Rahmen des Hochschulsports teil.
 6. Der Body-Maß-Index des Versicherten ist im altersgerechten Normbereich.
 7. Der Versicherte hat mindestens eine von der BKK ZF & Partner nach §20d SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen. Weist der Versicherte einen vollständigen Impfschutz nach, gilt der Bonuspunkt als erfüllt. Eine Bonusprämie wird nicht gezahlt.
 8. Der Versicherte hat mindestens eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr auf eigene Kosten durchgeführt.
 9. Der Versicherte nimmt eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch.

- IV Die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz II oder III wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung bzw. einem qualifizierten Übungsleiter auf der BKK-Bonus-Karte quittiert. Kosten, die dem Versicherten durch das Führen der BKK-Bonus-Karte entstehen, können nicht erstattet werden.

Der Bonus beträgt

- bei Erfüllung der Voraussetzungen des Absatzes II Punkte 1-2 je Untersuchung 10,00 € und für die Punkte 3-9 jeweils 10,00 € für jeden Punkt.
- bei Erfüllung der Voraussetzungen des Absatz III jeweils 10,00 € für jeden Punkt.

Der Bonus nach Absatz II oder III wird dem Versicherten einmalig gutgeschrieben, wenn bis zum 30.06. des Jahres, für das zurückliegende Kalenderjahr, die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Voraussetzungen bei der BKK ZF & Partner wird der Bonus nach Absatz II und III im 2. Jahr um 25,00 €, ab dem 3. Jahr um 50,00 € erhöht.

- V Jeder Versicherte ist anspruchsberechtigt und muss zum Zeitpunkt des Antrags auf Auszahlung ungekündigt bei der BKK ZF & Partner versichert sein.

Das Mitglied und alle mitversicherten Familienangehörigen sind jeweils für sich anspruchsberechtigt und zum Nachweis der erfüllten Voraussetzungen verpflichtet.

§ 14 a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

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

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist. Mitglieder ab Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 235 Absatz 2 SGB XI können einen Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren.

Anspruch

- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitations-einrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und die höchstrichterliche Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs, dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S) ,
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K)

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor

der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

- IV Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- VI Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 - mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse
 - mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

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

Höhe

- VII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten 80 v.H. des der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aufgerundet auf volle Euro-Beträge.

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommens-

abhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XVIII.

- VIII Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ ergehenden höchst-richterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- IX Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

- X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XVII oder XVIII unbeachtlich.
- XI Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch An-

spruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

- XII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XIII Die §§ 16 , 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl / Beginn / Laufzeit

- XIV Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch 3 Monate, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungszeit anschließt.

Kündigung

- XV Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- XVI Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- XVII Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt ab dem Beginn des 3. Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden 3. Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende / leistungseinschränkende Tarifgruppe keine Wartezeit im Sinne des Absatzes III. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XVIII werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.
- XVIII Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XVII besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

- XIX Aus der Kombination von dem der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeits-einkommen und dem maßgebenden Beitragssatz ergibt sich die zu zahlende monatliche Prämie.

Beitragssatz für Tarif S¹ in v.H. = 1,60

Beitragssatz für Tarif K² in v.H. = 1,20

¹ Tarif S = Tarif für Selbstständige (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) und unständige Beschäftigte (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

² Tarif K = Tarif für Künstler & Publizisten (§ 46 S. 3 SGB V)

XX Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXI. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVII oder XVIII ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

XXI Die Prämie wird jeweils fällig, spätestens

- bei monatlicher Zahlung am 15. des Folgemonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
- bei jährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Kalenderjahr.

Bei jährlicher Zahlung gewährt die Betriebskrankenkasse einen Nachlass von 5 v.H. auf den Jahresbetrag. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

XXII Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

XXIII Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien gemäß des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

XXIV Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt ab dem Beginn des 3. Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden 3. Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende/leistungseinschränkende Tarifgruppe keine Wartezeit im Sinne des Absatzes III. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XIX werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

XXV Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XVIII

besteht in diesen Fällen nicht.

- XXVI Aus der Kombination von dem der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeits-einkommen und dem maßgebenden Beitragssatz ergibt sich die zu zahlende monatliche Prämie.

Beitragssatz für Tarif S1 in v.H. = 1,60

Beitragssatz für Tarif K2 in v.H. = 1,20

1 Tarif S = Tarif für Selbstständige (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) und unständige Beschäftigte (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

2 Tarif K = Tarif für Künstler & Publizisten (§ 46 S. 3 SGB V)

- XXVII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVIII oder XIX ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

- XXVIII Die Prämie wird jeweils fällig, spätestens
- bei monatlicher Zahlung am 15. des Folgemonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
 - bei jährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Kalenderjahr.

Bei jährlicher Zahlung gewährt die Betriebskrankenkasse einen Nachlass von 5 v.H. auf den Jahresbetrag. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

- XXIX Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

- XXX Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt (BVA).

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachung

Die Bekanntmachungen der BKK ZF & Partner erfolgen durch Aushang in den Räumen aller Geschäftsstellen der BKK ZF & Partner und durch Veröffentlichungen im Internet unter „www.bkk-zf-partner.de“.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 1 Woche.

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

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK ZF & Partner veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der BKK ZF & Partner erfolgt darüber hinaus

- durch Aushang in den Räumen der BKK ZF & Partner und außerdem durch Bekanntgabe
- im Geschäftsbericht der BKK ZF & Partner und
- in der Mitgliederzeitschrift der BKK ZF & Partner.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der BKK ZF & Partner beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

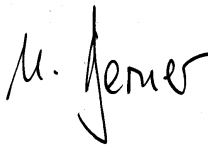
Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 25. September 2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt rückwirkend zum 1. August 2009 in Kraft.
Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.01.2009 und die dazu ergangenen Nachträge 1 und 2 außer Kraft.

Friedrichshafen, den 25. September 2009



Uwe Berner

Vorsitzender
des Verwaltungsrates
BKK ZF & Partner

Die vom Verwaltungsrat am 25. September 2009 beschlossene Satzung wird mit Ausnahme
- Artikel I § 12 c Satz 3 bis 6
und insoweit zu Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V und § 41 Absatz 4
des Sozialgesetzbuches jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV
genehmigt.

Bonn, den 11. Dezember 2009
II 3 – 59767.0-1581/2009

Bundesversicherungsamt

Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung der BKK ZF & Partner

Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und der Versichertenältesten der BKK ZF & Partner

I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates.

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

1 Erstattung von Barauslagen

1.1 Tage- / Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Stand 01.01.2014

Bei mindestens 8 Stunden Abwesenheit wird ein Pauschbetrag von 12,00 € gezahlt;

bei mindestens 24 Stunden, ein Pauschbetrag von 24,00 €;

bei unter 8-stündiger Abwesenheit wird kein Tagesgeld mehr gezahlt.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinaus gehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind.

Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab zu kürzen.

Stand 01.01.2014

Frühstücks-Kürzungsbetrag nach BRKG - 4,80 €.

Mittag/Abendessen Kürzungsbetrag nach BRKG – 9,60 €

1.2 Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

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

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beträge, 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.

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung, einschließlich Vorbesprechung, einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 40,00 €.

3.1 Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen:

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 240,00 €.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 180,00 €.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

Unter „Sitzung“ ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers zu verstehen. Gruppenvorbesprechungen, andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Kongresse fallen nicht unter den Begriff „Sitzung“.

II Versichertenälteste

1. Die Tätigkeit der Versichertenältesten ist ehrenamtlich, eine Vergütung für die zu leistende Arbeit wird nicht gezahlt.
2. Die im Rahmen der Tätigkeit entstehenden Kosten für Telefon, Porto und ähnliche Posten werden mit einer jährlichen Pauschale in Höhe von 35,00 € abgegolten. In Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.
3. Fahrkosten, Tage- und Übernachtungsgeld werden im Rahmen der Ziffern I 1.1 gezahlt, soweit sie im Zusammenhang mit einer von der Betriebskrankenkasse veranlassten Schulungsveranstaltung entstehen.

III Verfahren

Die Entschädigung nach Nr. 1 ist innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme.

Anlage zu § 9 b der Satzung der BKK ZF & Partner

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 1 Anwendbare Vorschriften

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

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

- 1 Am Ausgleichsverfahren U1 der BKK ZF & Partner nehmen die Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG). Die Grundlage für die Errechnung der Gesamtzahl der beschäftigten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen richtet sich nach den Vorschriften des AAG (§ 3 Abs. 1 AAG). Abweichend von Satz 1 sind die in den § 11 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.
- 2 Am Ausgleichsverfahren U2 der BKK ZF & Partner nehmen alle Arbeitgeber - mit Ausnahme der in den § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen - unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten teil.

§ 3 Meldungen und praktisches Verfahren

- 1 Die Arbeitgeber haben alle für das Feststellungsverfahren erforderlichen Angaben, insbesondere die Gesamtanzahl der in den Ausgleich einbezogenen Arbeitnehmer sowie alle Änderungen, die die Umlagepflicht oder die Höhe der Umlage berühren, an die BKK ZF & Partner zu melden (§ 3 Abs. 2 i.V.m. § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 5 AAG). Die BKK ZF & Partner prüft gemäß § 3 Abs. 1 AAG, welche Arbeitgeber am Umlageverfahren U1 teilnehmen und kann den entsprechenden Bescheid erlassen.
- 2 Erstattungsanträge können direkt vom Arbeitgeber bei der BKK ZF & Partner gestellt werden. Die Prüfung erfolgt durch Einsicht in den Datenbestand der BKK ZF & Partner.

§ 4 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1)

- 1 Die BKK ZF & Partner erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) grundsätzlich

60 v.H. (allgemeiner Erstattungssatz)

des nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 AAG an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts.
- 2 Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz
 1. auf 50 v.H. ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz) oder
 2. auf 80 v.H. erhöht (erhöhter Erstattungssatz)
- 3 Der Antrag nach Abs. 2 ist
 1. bis zum Ende des Folgemonats, in dem erstmalig Umlagebeträge abzuführen sind,
 2. bei Beginn eines neuen Kalenderjahres jeweils bis zum 31. Januar des neuen Kalenderjahres

schriftlich bei der BKK ZF & Partner zu stellen. Für die Einhaltung der Frist ist der Zugang des Antrags bei der BKK ZF & Partner entscheidend (Ausschlussfrist). Anträge, die der BKK ZF & Partner nach Ablauf der Frist zugehen, bleiben unberücksichtigt. Gehen der BKK ZF & Partner innerhalb der Frist mehrere Anträge zu, so ist für die Festsetzung des Erstattungssatzes der Antrag maßgebend, der bei der BKK ZF & Partner zuletzt eingegangen ist (Posteingang bei der BKK ZF & Partner). Macht der Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von seinem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 Nr. 2 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte Erstattungssatz. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für das Kalenderjahr gebunden.
- 4 Wird ein Umlagesatz oder werden mehrere Umlagesätze i.S.d. § 9 für die Aufwendungen aus Anlass der Krankheit durch Beschlussfassung des Verwaltungsrates geändert, so kann der Arbeitgeber abweichend von Abs. 3 den Antrag nach Abs. 2 bis zum letzten Kalendertag des Folgemonats, in dem die geänderten Umlagesätze in Kraft treten gegenüber der BKK ZF & Partner stellen. Für den Fall, dass ein rückwirkendes Inkrafttreten der Änderungen beschlossen wird, kann der Antrag nach Abs. 2 bis zum letzten Kalendertag des Folgemonats, in dem die Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat erfolgt, gestellt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für den Fall der Änderung von Erstattungssätzen i.S.d. § 5 Abs. 1 und 2. Die Sätze 1 bis 8 des Abs. 3 finden unter Beachtung der abweichenden Regelung des Abs. 4 Satz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

**§ 4 a Übergangsregelung 2010
entfällt**

§ 5 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2)

Die BKK ZF & Partner erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2)

100 v.H.

1. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie
2. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts.

§ 6 Erstattung der Arbeitgeberbeitragsanteile

- 1 Für Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) sind die von dem Arbeitgeber zu tragenden Beiträge i.S.d. § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG mit den in § 4 Abs. 1 und 2 genannten Erstattungssätzen abgegolten.
- 2 Für Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) werden dem Arbeitgeber zusätzlich zu der Erstattung nach § 5 Nr. 2 die von diesem zu tragenden Beiträge nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG pauschaliert i.H.v. 20 v.H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 7 Begrenzung der Erstattung

1. Für die Erstattungen nach § 4 und § 6 Abs. 1 wird nur das fortgezahlte Arbeitsentgelt bis zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.
2. Für die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 5 ist das Bruttoarbeitsentgelt maßgebend.
3. Für die Berechnung der Erstattung nach § 6 Abs. 2 ist das Bruttoarbeitsentgelt maßgebend.

§ 8 Mitwirkungspflichten, Fälligkeit der Erstattungsleistung

- 1 Der Arbeitgeber hat der BKK ZF & Partner alle für die Prüfung des Bestehens der Erstattungs Voraussetzungen erforderlichen Angaben und Unterlagen zu übermitteln.
2. Der Erstattungsbetrag ist fällig, sobald der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt nach § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG, nach § 11 MuSchG oder den Zuschuss nach § 14 MuSchG gezahlt hat, frühestens jedoch nach Eingang des Erstattungsantrags bei der BKK ZF & Partner. Die Erstattung erfolgt grundsätzlich nur für zurückliegende Zeiträume.
- 3 Die BKK ZF & Partner kann die Erstattung im Einzelfall versagen, solange der Arbeitgeber seiner Mitwirkungspflicht nach Absatz 1 oder § 4 Abs. 1 nicht oder nicht vollständig gegenüber der BKK ZF & Partner nachkommt.

§ 9 Aufbringung der Umlage, Höhe, Nachweis und Fälligkeit

- 1 Die Mittel zur Durchführung der U1-/U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht (§ 7 Abs. 1 AAG).
2. Der Umlagesatz i.S.d. § 7 Abs. 2 Satz 1 AAG beträgt
 1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1)

a) nach § 4 Abs. 1	1,8 v.H. (allgemeiner Umlagesatz)
b) nach § 4 Abs. 2 Nr. 1	1,2 v.H. (ermäßigter Umlagesatz)
c) nach § 4 Abs. 2 Nr. 2	3,2 v.H. (erhöhter Umlagesatz)
 2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2)

0,32 v.H.des umlagepflichtigen Entgelts.

§ 10 Widerspruchsausschuss

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

§ 11 Organe, Zusammensetzung

- 1 Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK ZF & Partner obliegt dem Vorstand entsprechend der in der Geschäftsordnung des Vorstandes festgelegten Geschäftsverteilung. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskasse gerichtlich und außergerichtlich.
- 2 In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- 3 Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- 4 Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 12 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 AAG).

§ 13 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Jahresabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs. 1 SGB IV i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 14 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.