



BKK HMR

Satzung

der Betriebskrankenkasse

Herford Minden Ravensberg

Diese Version enthält die Nachträge 1 – 24 (Stand 01/2016)

Übersicht zur Satzung

Seite

Artikel I

Inhalt der Satzung	2
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat	6
§ 3 Vorstand	8
§ 4 Widerspruchsausschuss	9
§ 5 Kreis der versicherten Personen	10
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	13
§ 7 Aufbringung der Mittel	13
§ 8 gestrichen	14
§ 8 a gestrichen	14
§ 8 b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	14
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	14
§ 9 a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	14
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	15
§ 10 a Vorschüsse auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag	15
§ 11 Rücklage	16
§ 12 Leistungen	16
§ 12 a Wahltarif Selbstbehalt	24
§ 12 b Primärprävention	25
§ 12 c Schutzimpfungen	25
§ 12 d Leistungsausschluss	26
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	26
§ 13 a gestrichen	26
§ 13 b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	26
§ 13 c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	27
§ 13 d Wahltarif integrierte Versorgung	28
§ 13 e Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	29
§ 13 f gestrichen zum 31.12.2012	30
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	30
§ 15 Wahltarif Krankengeld	32
§ 16 Kooperation mit der PKV	37
§ 17 Aufsicht	37
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband	37
§ 19 Bekanntmachungen	37
§ 20 Veröffentlichung der Jahresergebnisse	37

Artikel II

Inkrafttreten 38

Anlage zu § 2 der Satzung:

Entschädigungsregelung 39

Anlage zu § 9 a der Satzung:

Ausgleichsverfahren durch BKK 41

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen:

Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 1996.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Herford, Am Kleinbahnhof 5.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebe der Verkehrsbetriebe Minden-Ravensberg GmbH, Sitz Herford:

a) Hauptverwaltung in Herford,

b) Betriebshof Herford,

c) Betriebshof Minden,

auf den Kreis Herford mit

a) seinen Dienststellen im Kreis Herford,

b) dem Klinikum Herford,

c) der Beschäftigungsförderungsgesellschaft "Die Chance gGmbH", Herford,

auf die Sparkasse im Kreis Herford,

auf die TELE/OS Gesellschaft für Telekommunikation und Netzdienste Ostwestfalen-Schaumburg mbH, Herford

und auf die Kraftwerksbetriebsgesellschaft Kirchlengern mbH, Kirchlengern

und auf die Betriebe der Monier GmbH in:

89605 Altheim
74722 Buchen-Hainstadt
48249 Dülmen
39175 Heyrothsberge
91353 Hausen
63150 Heusenstamm
68766 Hockenheim
15345 Hoppegarten
24879 Idstedt
19357 Karstädt
84048 Mainburg
40789 Monheim
61440 Oberursel
09322 Penig OT Obergräfenhain
32469 Petershagen
21649 Regesbostel OT Rahmstorf
31737 Rinteln.

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

- a) Baden-Württemberg
- b) Bayern
- c) Brandenburg
- d) Hessen
- e) Niedersachsen
- f) Nordrhein-Westfalen
- g) Sachsen
- h) Sachsen-Anhalt
- i) Schleswig-Holstein

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates.

- II. Der Verwaltungsrat besteht von der 11. Wahlperiode an aus 10 Vertretern der Versicherten und 5 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.

Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. 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 Rechnungsführung,

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

6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. 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 schriftlich abstimmen bei:
1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,
 2. Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
 3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
 4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 5. Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen

Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Herford, Am Kleinbahnhof 5.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus vier Vertretern der Versicherten aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und zwei Arbeitgebervertretern mit je 2 Stimmen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Arbeitgebervertreter werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. 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.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

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 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 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 Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen

eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Regelung der 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 fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil zu Unrecht Arbeitslosengeld II bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
 2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nr. 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 30 Jahre alt sind,
 4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
 5. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- III. Die unter Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. 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 diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- III. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 12a gewählt wurde.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 gestrichen

§ 8 a gestrichen

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

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,0 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu § 9a dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. 1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu

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

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

§ 10a Vorschüsse auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag

- I. Nach § 28e Abs. 5 SGB IV können Arbeitgeber zur Zahlung von Vorschüssen auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag verpflichtet werden, wenn dies zum Schutz der Sozialversicherungsträger vor Beitragsausfällen notwendig ist. Die Höhe des zu zahlenden Vorschusses darf nicht über der durchschnittlichen Beitragszahlung für zwei Monate liegen und hat die betriebswirtschaftlichen Interessen des Arbeitgebers zu berücksichtigen. Die Vorschusszahlung ist am 15. des auf den Monat der Festsetzung folgenden Monats fällig. Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

- II. Der Schutz der Sozialversicherungsträger vor Beitragsausfällen ist dann notwendig, wenn

- 1. der Arbeitgeber keine feste Betriebsstätte hat,
- 2. sich der Arbeitgeber bereits als zahlungsunfähig erwiesen hat,
- 3. bei dem Arbeitgeber Unregelmäßigkeiten im Bereich der nach DEÜV zu erstellenden Meldungen aufgetreten sind,
- 4. negative Erfahrungen mit dem Zahlungsverhalten des Arbeitgebers vorliegen oder
- 5. begründete Zweifel an der Zahlungsfähigkeit des Arbeitgebers bestehen.

§ 11 Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisregelung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des persönlichen Budgets nach § 17 Absätze 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 erbracht, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt. Die Dauer ist auf 12 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 10 Wochen je Kalenderjahr gewährt.
2. Versicherte, die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung beziehen, sind von dieser Regelung ausgenommen.

3. 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 einer selbstbeschafften 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 Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.
5. Haushaltshilfe wird ferner gewährt, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 10 Wochen je Kalenderjahr gewährt.

IV. gestrichen

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

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

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

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

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 45 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kür-

zen.

2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

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

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

VIII. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

(1) Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg 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.

(2) Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

(3) Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

(4) 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.

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

IX. Osteopathie

(1) Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch ge-

eignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

(2) Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

X. Zahnärztliche Behandlung

Über die in § 28 SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg die Kosten für folgende, von Zahnärzten durchgeführte Leistungen:

Professionelle Zahnreinigung; Zuschuss 50,00 €: - 1 x pro Jahr für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres

Mikrobiologischer Test zur Erkennung Parodontitis verursachender Keime; Zuschuss 100,00 €: - alle 3 Jahre

Laborgefertigte Füllungen (Inlays); Zuschuss 180,00 € pro Zahn; max. 540,00 €: - zwei-, drei- und mehrflächig, bei vorhandenen Metallrestorationen in unmittelbarer Nachbarschaft zur geplanten Füllung verbunden mit fünfjähriger Gewährleistung; je Kalenderjahr.

Die Versicherten, die bereits diese Leistungen im Rahmen unseres Wahltarifs nach § 13 e dieser Satzung „Zahnbehandlung Exklusiv“ in Anspruch nehmen, sind von diesen Satzungsmehrleistungen ausgeschlossen.

Darüber hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg die Kosten für folgende, von Zahnärzten durchgeführte Leistungen in Höhe von 70 vom Hundert, insgesamt maximal 100,00 € jährlich:

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

Fissuren-Versiegelung für Kinder und Jugendliche vom 6. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss.

XI. Leistungen für werdende Mütter

1. Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft. Der Erstattungsbetrag beträgt 90 % des Rechnungsbetrages, jedoch maximal 250,00 €. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach dem Hebammengesetz in Verbindung mit der Hebammenvergütungsvereinbarung oder von Hebammen, die die Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V erfüllen. Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.

2. Schwanger-/ Mutterschaftsleistungen

Über die im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus werden der Versicherten auf Antrag nach der Entbindung von der BKK HMR die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen erstattet, wenn die Leistungen erbracht werden, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken und ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht:

- (1) Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen - sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
- (2) 3D oder Farbdoppler-Ultraschall, bei vermuteter körperlicher Auffälligkeit des ungeborenen Kindes,
- (3) Toxoplasmose Screening, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
- (4) Triple-Test,
- (5) Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken,
- (6) Zytomegalie-Test,
- (7) Ersttrimester-Screening.

Voraussetzung für die Zuschussung ist, dass die Leistungen von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.

Der Zuschuss ist insgesamt auf 150,00 € begrenzt.

3. Geburtsvorbereitungskurs für werdende Väter

Die BKK HMR erstattet bei ihr versicherten werdenden Vätern die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses, sofern auch die werdende Mutter bei der BKK HMR versichert ist und es sich hierbei um eine von Hebammen erbrachte Leistung handelt. Die Erstattung ist auf 50,00 € begrenzt.

XII. **Bonus für Neugeborene**

Mitglieder der BKK HMR erhalten einen Bonus in Höhe von 200,00 €, wenn sie ihre nach dem 31.12.2012 geborenen Kinder bei der BKK HMR anmelden und die Teilnahme an den nach § 26 Abs. 1 SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Kinderuntersuchungen nachgewiesen haben.

Die Familienversicherung des geborenen Kindes muss mindestens zum Zeitpunkt des Nachweises der letzten Kinderuntersuchung vor Vollendung des 1. Lebensjahres bei der BKK HMR bestanden haben.

XIII. **Medizinische Vorsorge**

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK HMR ihren Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte Vorsorgeleistungen:

(1) Jährliche Hautkrebsvorsorge, sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch auf die gesetzliche Vorsorge besteht (inklusive Auflichtmikroskopie),

(2) Glaukom-Vorsorge,

(3) Mammographie zur Brustkrebsvorsorgeuntersuchung für Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese),

(4) Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonographie) bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese),

(5) Bluttest zur Bestimmung des PSA-Wertes,

(6) Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel),

(7) Knochendichtemessung bei Verdacht auf Osteoporose.

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

Die BKK HMR erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 100,00 € je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

XIV. **Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung**

Die BKK HMR übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung entsprechend § 39 Absatz 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:

1. Es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit entsprechend § 39 SGB V vor und sie wird von einem Arzt bescheinigt.
2. Der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus und erfüllt die Voraussetzungen zur Erteilung einer Erlaubnis nach § 30 Gewerbeordnung. Die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen.
3. Der BKK HMR wird vor dem Beginn der Behandlung ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt.
4. Die BKK HMR hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

Die Versicherten erhalten mit Zustimmung nach Nummer 1 eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils durch die BKK HMR.

Fahrkosten werden entsprechend § 60 SGB V erstattet.

§ 12 a Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen bis zu 12.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 100 Euro, bei einem Jahreseinkommen bis zu 18.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 180 Euro, bei einem Jahreseinkommen bis zu 24.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 230 Euro, bei einem Jahreseinkommen bis zu 30.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 330 Euro, bei einem Jahreseinkommen bis zu 36.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 440 Euro, bei einem Jahreseinkommen bis zu 42.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 550 Euro, bei einem Jahreseinkommen über 42.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 720 Euro.
- II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
 - Prävention (§ 20 SGB V) und Schutzimpfungen (§ 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)
- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Vertragsärztliche Leistungen, die mit der Kopfpauschale nach § 85 SGB V abgegolten sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 100 Euro jährlich 50 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 180 Euro jährlich 100 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 230 Euro jährlich 150 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 330 Euro jährlich 250 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 440 Euro jährlich 350 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 550 Euro jährlich 450 Euro und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 720 Euro jährlich 600 Euro. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im Monat Juli für das abgelaufene Kalenderjahr.
- V. Bei Auszubildenden nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beträgt der jährliche Selbstbehalt 160,00 Euro und die jährliche Prämie 150,00 Euro. Die Zahlung dieser Prämie erfolgt im Voraus.

- VI. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden..

§ 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 individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
Maßnahmen zur Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten die entstandenen Kosten, max. aber 160 Euro je Kurs und insgesamt 320 Euro je Kalenderjahr gewährt.

§ 12 c Schutzimpfungen

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

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

§ 12 d Leistungsausschluss

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,-- Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,-- Euro.

§ 13 a gestrichen.

§ 13 b 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, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, insoweit 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 sowie die

Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie ggf. weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach - Absatz II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.
- IV. gestrichen

§ 13 c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
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 in voller Höhe.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen.

§ 13 d Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- III. Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 Euro im Jahr. Die Ermäßigung gilt nur gegenüber dem jeweiligen ärztlichen/zahnärztlichen Vertragspartner der integrierten Versorgung.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen.

§ 13 e

Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie ggf. weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.
- IV. Versicherten, die an einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz I teilnehmen, 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 Euro im Jahr. Die Ermäßigung gilt nur gegenüber dem jeweiligen ärztlichen / zahnärztlichen Vertragspartner der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen.

§ 13 f gestrichen zum 31.12.2012

§ 14 **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, aus den Punkten 1 bis 4 mindestens 3 Punkte und aus den Punkten 5 bis 10 mindestens 2 Punkte, aus den Punkten 11 bis 14 und 15 bis 17 jeweils einen Punkt innerhalb eines Jahres nachweisen.

Wer bezüglich der Punkte 1 und 2 nicht leistungsberechtigt ist, muss jeweils eine weitere Maßnahme nach Punkt 5 nachweisen.

Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte aus den Punkten 1 bis 17 weitere Punkte nachweist.

Prävention

1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Der Versicherte nimmt regelmäßig an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
3. Der Versicherte nimmt an einer Zahnprohylaxeuntersuchung teil.
4. Der Versicherte hat mindestens eine von der BKK nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen.

Aktivität

5. Der Versicherte nimmt mindestens eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
6. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein.
7. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitness-Center.
8. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einer Betriebssportgruppe.
9. Der Versicherte weist das für das jeweilige Jahr gültige Sportabzeichen nach.
10. Der Versicherte hat aktiv an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen.

Gesundheitstests

11. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27.

12. Der Versicherte weist einen Cholesterin-Test nach.
13. Der Versicherte weist einen Blutzucker-Test nach.
14. Der Versicherte weist eine Osteoporoseuntersuchung/-messung nach.

Eigenleistung

15. Die Versicherte hat in dem jeweiligen Jahr an allen Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung teilgenommen.
 16. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
 17. Der Versicherte hat eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.
- III. Der Bonus wird dem Versicherten in Form von Punkten für eine gesundheitsorientierte Sach- oder Geldprämie gutgeschrieben, wenn bis zum 31.05. des Jahres für das zurückliegende Jahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Der Versicherte wählt aus einem nach Anzahl der Bonuspunkte gestaffelten Katalog eine gesundheitsorientierte Sach- oder eine Geldprämie aus.

§ 15

Wahltarif Krankengeld

I 1. Teilnahme

Die BKK HMR bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. § 223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sei denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.

2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK HMR erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK HMR folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

3. Laufzeit / Bindungsfrist

Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

4. Tarifende / Kündigung

Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK HMR.

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

6. Obliegenheiten der Teilnehmer

Die Mitglieder müssen die BKK HMR unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK HMR aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK HMR haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK HMR nachzuweisen und die BKK HMR über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.
9. Prämien

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

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

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	60€	70€	80€	90€
Prämie monatlich	30€	35€	40€	45€

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin

zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die BKK HMR darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.
14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK HMR bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, (Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK HMR nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK HMR kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein beste-

hender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK HMR.
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.
23. Zahlung

Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

24. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK HMR an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

25. Dauer

Anspruch auf Wahltarifkrankengeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

26. Höhe

Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK HMR eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK HMR eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die BKK HMR kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkom-

mensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK HMR sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK HMR auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK HMR im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, ist der BKK HMR unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

30. Wechsel

Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto- Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK HMR nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK HMR folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 ff. genannten Grenzen

unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK HMR über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht.

§ 16 Kooperations mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, außerdem durch Bekanntgabe auf der Internetseite www.bkk-hmr.de/satzung.

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

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresergebnisse

- I. Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der BKK Herford Minden Ravensberg hat diese Satzung am 20. Juni 2008 beschlossen. Der Verwaltungsrat der BKK Lafarge Dachsysteme hat diese Satzung am 23. Juni 2008 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft

Gleichzeitig treten die Satzung vom 1. April 2007 und die dazu ergangenen Nachträge der Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg und die Satzung vom 21. Dezember 2007 der Betriebskrankenkasse Lafarge Dachsysteme außer Kraft.

(Geändert durch Nachträge 1 – 24, zuletzt am 14.12.2015)

Herford, 20.06.2008

Petershagen, 23.06.2008

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Anlage zu § 2 der Satzung Entschädigungsregelung

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

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

1. Erstattung der Barauslagen
2. Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

1. Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskostenerstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes gewährt.

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

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

Dabei werden gewährt:

- a) Die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens; ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der frühen Ankunft und späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen oder beibehalten werden musste,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,
- c) bei der Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer der nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltende Satz.

§ 3 Pauschbetrag für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

1. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung

einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 32,-- Euro.

2. Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

§ 4 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

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

§ 5 Entschädigungen für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

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

§ 6 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

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

- a) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Die Höhe des monatlichen Pauschalbetrages beträgt 64 Euro.
- b) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrats erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag. Die Höhe des monatlichen Pauschalbetrages beträgt 32 Euro..

Anlage zu § 9a der Satzung Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

I. Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1 / U2)

Ausgleichsverfahren

Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg übernimmt den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) nach den Bestimmungen dieser Satzung.

II. Anlage zu § 9a der Satzung

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

1. Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern (pflichtig werden alle Arbeitgeber, die nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigen) auf Antrag 60 von Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs.1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
2. Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs.1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG getragenen Sozialversicherungsbeiträge werden pauschal in Höhe von 20 von Hundert erstattet.
3. Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung der Ansprüche auf Weiterzahlung des Arbeitsentgelts gewährt werden. Der Vorstand kann entsprechende Richtlinien erlassen.

§ 3 Aufbringung der Mittel

1. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
2. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, jedoch höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
3. Die Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG)

§ 4 Fälligkeit der Beiträge

Die Beiträge zur Umlageversicherung sind in entsprechender Anwendung der für die Beiträge der Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. (§ 10 AAG in Verbindung mit §§ 23, 28a ff. SGB IV)

§ 5 Umlagebeitragssätze

1. Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt 1,5 vom Hundert
2. Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,39 vom Hundert.

§ 6 Widerspruchsausschuss

1. § 4 der Satzung der Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.
2. Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

§ 7 Organe, Zusammensetzung

1. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
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 Jahresabrechnung abzunehmen.

§ 8 Haushaltsplan, Jahresrechnung

1. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.
2. Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Rechnungsprüfungsausschuss mit zwei Mitgliedern zur Vorbereitung der Abnahme der Jahresrechnung.
4. Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen und dem Rechnungsprüfungsausschuss nach Abs. 3 vorzulegen. Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.