

Satzung der Krankenkasse



Übersicht zur Satzung

Artikel I.....	3
Inhalt der Satzung	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2 Verwaltungsrat	4
§ 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen.....	6
§ 3 Vorstand.....	7
§ 4 Widerspruchsausschuss.....	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen	9
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	13
§ 7 Aufbringung der Mittel	14
§ 8 Beitragsbemessung.....	15
§ 8a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz.....	16
§ 9 Fälligkeit der Beiträge.....	17
§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) ..	18
§ 11 - nicht belegt -	19
§ 12 Höhe der Rücklage.....	20
§ 13 Leistungen.....	21
§ 13b Schutzimpfungen	33
§ 13c Leistungsausschluss	34
§ 13d Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen	35
§ 14 Med. Vorsorgeleistungen und med. Rehabilitationsmaßnahmen.....	36
§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	37
§ 15a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	40
§ 16 Wahltarife	44
§ 16a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	44
§ 16b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	45
§ 16c Wahltarif Krankentagegeld	46
§ 16d Wahltarif – Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	55
§ 16e Wahltarif Kostenerstattung Allgemeines	62
§ 16f Wahltarif Integrierte Versorgung.....	68
§ 16g Wahltarif Selbstbehalt (sonstige Leistungen).....	69
§ 17 Kooperation mit der PKV	72
§ 18 Aufsicht	73
§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband	74
§ 20 Bekanntmachungen	75
Artikel II.....	76
Inkrafttreten	76
Anlage zu § 1 der Satzung.....	78
Anlage zu § 2 der Satzung.....	85
Anlage 3 zu § 10 der Satzung.....	88
Anlage 4 zu § 15 (1) der Satzung.....	90



Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 *Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse*

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Verkehrsbau Union (BKK·VBU).

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Berlin.

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf alle in der Anlage 1 zu dieser Satzung aufgeführten Betriebe der genannten Gesellschaften und deren Betriebsstätten.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.



§ 2 *Verwaltungsrat*

- (1)
 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.
 4. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter zum Jahrestag der konstituierenden Sitzung.
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus 10 Vertretern der Versicherten und 10 Vertretern der Arbeitgeber.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- (3) 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. die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,



10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- (6) 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 Ersatzbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (8) 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.

Eine 2/3-Mehrheit der Gruppe der Versichertenvertreter und der Gruppe der Arbeitgebervertreter in getrennter Abstimmung bedürfen Beschlüsse über Anträge, a) den Vorstand zu wählen b) zu Änderungen des § 2 der Satzung.
- (9) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.



§ 2a *Versichertenälteste / Vertrauenspersonen*

- (1) Für die BKK·VBU werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
- (2) Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeiten ehrenamtlich aus.
- (3) Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehört die Weiterleitung von Informationen der BKK·VBU an die Versicherten, die Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und die Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.



§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

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 geprüfte Jahresrechnung mit einer Stellungnahme zu den Prüferfeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s 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.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
 - (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.



§ 4 *Widerspruchsausschuss*

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Berlin.
- (2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus jeweils 3 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse zusammen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden 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. 3a 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 ist.
 8. 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.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) 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*

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der BKK-VBU 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 (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 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 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 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 Be-



schäftigung 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 selbstständige 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 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.

(2) Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur BKK-VBU 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 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 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen, wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von 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.

Die in Absatz (1) und (2) genannten Personen können die BKK-VBU unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn



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

(3) 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*

- (1) 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.

- (2) Abweichend von Absatz (1) Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz (1) Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.



§ 7 *Aufbringung der Mittel*

Die Mittel der BKK-VBU werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.



§ 8 *Beitragsbemessung*

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 entrichtende Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.



§ 8a *Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz*

Die BKK-VBU erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.



§ 9 *Fälligkeit der Beiträge*

Ab dem 01.01.2009 erfolgt nach § 23 SGB IV eine bundesweit einheitliche Festlegung der Beitragsbemessungsgrundsätze freiwilliger Mitglieder sowie der Grundsätze zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge durch den Spitzenverband Bund.

Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).



§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Das Ausgleichsverfahren der Arbeitgebereaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft nach dem AAG richtet sich nach den näheren Bestimmungen der Anlage zu § 10 der Satzung.



§ 11 - nicht belegt -



§ 12 *Höhe der Rücklage*

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

§ 13 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK-VBU 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 Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- 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.

(2) 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 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 Absatz 5 i.V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe

1. Die BKK-VBU gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,

- wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt,
- wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe ist auf 14 Einsatztage je Fall begrenzt. Eine erneute Inanspruchnahme ist frühestens nach Ablauf von

4 Wochen möglich. Dabei darf die Höchstdauer von insgesamt 28 Tagen im Kalenderjahr nicht überschritten werden.

- Die Haushaltshilfe wird in angemessenem Umfang gewährt, maximal 8 Stunden je Einsatztag.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, davon abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

(4) 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.

(5) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK-VBU vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Dies gilt nicht für die Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK-VBU 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 (Leistungsbe-
reiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen (und, soweit vorhanden, durch die ärztliche Verordnung) nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK-VBU 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 Euro 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 Euro und maximal 50,00 Euro 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.

(6) Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall

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. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

(a) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

(b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

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.

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

3. § 13 Abs. (5) Nr. 4, 5, und 6 gelten.

(7) Versiegelung von Glatflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

1. Die BKK-VBU gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100,00 Euro zur Versiegelung der Glatflächen im Rahmen der Kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband.

2. Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

(8) Retainer

1. Die BKK-VBU beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach Maßgabe der folgenden Absätze an den Kosten eines feststehenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer). Ebenfalls leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen während einer gemäß § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V laufenden kieferorthopädischen Behandlung.
2. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, umfasst insgesamt jedoch maximal 150,00 Euro.
3. Der Zuschuss für anfallende Reparaturkosten beträgt insgesamt maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Für anfallende Reparaturleistungen nach einer erfolgreich abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung gewährt die BKK-VBU keinen Zuschuss. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei der BKK-VBU.
5. Die Kostenbeteiligung für den Retainer bzw. der Zuschuss für eine anfallende Reparaturleistung werden unter Vorlage der Originalrechnung nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung mit der Erstattung der Eigenanteile geleistet. Die Originalrechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Nr. 2. den Namen des Versicherten, den Behandlungstag bzw. den Tag der Reparaturleistung, die detaillierte Leistungsbenennung, die Abrechnungsposition sowie die Kosten erkennen lassen.
6. Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Nr. 2.

(9) Kostenübernahme künstliche Befruchtung

Zusätzlich zu dem Zuschuss nach § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V erhalten bei der BKK-VBU versicherte Ehegatten weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, jedoch nicht mehr, als die ihnen tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen.

(10) Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu 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 BKK-VBU beteiligt sich für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten an den Kosten der Leistung nach Absatz 1. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,00 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

(11) Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte der BKK-VBU haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt, Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Altersgrenze gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6, § 29 Absatz 4 SGB V i. V. m. Abschnitt B Nr. 4 Absatz 1 KFO-R gilt.
2. Der Zuschuss wird bis zu zweimal im Kalenderjahr in Höhe von jeweils maximal 30,00 EURO gewährt. Zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs muss eine Versicherung bestehen. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Originalrechnung vorzulegen.

- (12) Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer
1. Versicherte der BKK·VBU können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK·VBU mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
 2. Die BKK·VBU trifft - unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten - Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Vertragsabschluss besteht nicht.
 3. Über Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen. Die BKK·VBU führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.
 4. Soweit die vertraglichen Regelungen nicht dagegen stehen, gilt für die veranlassten Leistungen § 13 Abs. (5) entsprechend.
- (13) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)
1. Die BKK·VBU 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 einem Privat-rezept erfolgte und
 - c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
 2. Die BKK·VBU erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1. in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
 3. Zur Erstattung sind der BKK·VBU 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.
- (14) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörung
1. Die BKK-VBU erstattet für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (mit Entwicklungsstörung) zusätzlich zu den Kosten nach § 13 (13) Abs. 2. 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 auf einem 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 BKK-VBU erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1. in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 50,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
 3. Zur Erstattung sind der BKK-VBU 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.
- (15) Arzneimittel für Schwangere
1. Die BKK-VBU erstattet für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate und für Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat, sofern

- a. die Verordnung des Arzneimittels auf Privatrezept erfolgte und
 - b. das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde
- in voller Höhe.
2. Zur Erstattung sind der BKK-VBU die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
 3. Von der Versorgung nach Abs. 1. sind Arzneimittel nicht umfasst die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten Nahrungsergänzungsmitteln mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen.
 4. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(16) Rufbereitschaft Hebammen

1. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK-VBU Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
2. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK-VBU die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.
3. Der Anspruch auf Leistungen nach Nr. 2 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. Januar 2016 geendet hat.

(17) Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

1. Die BKK-VBU übernimmt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:
 - a. mit dem Krankenhaus wurde eine Vereinbarung nach Nr. 4 getroffen, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet,
 - b. es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vor und sie wird vom Arzt bescheinigt,

- c. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - d. es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode,
 - e. der BKK-VBU wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,
 - f. die BKK-VBU hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
 3. Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK-VBU sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.
 4. Die BKK-VBU schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit denen der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäuser vergleichbar ist und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.
 5. Die BKK-VBU führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach Nr. 4 getroffen worden sind. Das Verzeichnis, welches Bestandteil der Satzung ist, enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Kasse stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK-VBU auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens "Gemeinsame und einheitliche 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
- individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität (Gesundheitssportliches Bewegungstraining)
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme (Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken)

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktions-Kurs)

Stressmanagement:

- Maßnahmen zum multimodalen Stressmanagement
- Maßnahmen zur Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums (Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs)

Leistungen, die von der BKK-VBU 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 ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 400,00 Euro je Kalenderjahr gewährt. Bei Überschreiten der Belastungs-



grenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 500,00 Euro.

Der Zuschuss für Versicherte bis zum vollendetem 18. Lebensjahr beträgt 100 v. H., max. 400,00 Euro je Kalenderjahr, bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 62 SGB V max. 500,00 Euro.

§ 13b Schutzimpfungen

Die BKK-VBU übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20 i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Arbeitgeber) für folgende Impfungen:

Die BKK-VBU übernimmt Schutzimpfungen, wenn diese Schutzimpfungen ärztlich empfohlen sind.

Gripeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der BKK-VBU auch übernommen, wenn für die BKK-VBU keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.

Die BKK-VBU übernimmt auch folgende Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos bei Aufenthalt in einem Risikogebiet aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind. Hierzu gehören Impfungen gegen:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Japanische Enzephalitis
- Meningokokken-Meningitis
- Poliomyelitis
- Tollwut
- Typhus



§ 13c *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 BKK-VBU 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 BKK-VBU darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK-VBU insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK-VBU kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.



§ 13d Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

Die BKK-VBU unterstützt die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versichertenleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die BKK-VBU übergehen. (Auf Grundlage der Bewertung durch den zuständigen Fachbereich)



§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK-VBU als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe kalendertäglich 16,00 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro.

§ 15 *Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten*

(1) Bonusprogramm „Gesund leben zahlt sich aus“

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus), wenn sie folgende Punkte innerhalb eines Jahres nachweisen:
 - a. der Versicherte nimmt ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil,
 - b. der Versicherte nimmt entsprechend der Altersgrenzen jährlich an einer gem. § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil,
 - c. mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch,
 - d. der Versicherte lässt sich ab Vollendung des 18. Lebensjahrs mindestens einmal im Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen. Bei Versicherten, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist die Untersuchung gem. § 22 Abs. 1 SGB V einmal im Kalenderhalbjahr durchzuführen,
 - e. der Versicherte nimmt an allen Schutzimpfungen gemäß § 20i SGB V teil,
 - f. der Versicherte erbringt den Nachweis mindestens 3 weiterer Maßnahmen:
 - aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein
 - aktive Mitgliedschaft in einem zertifizierten Fitnessclub
 - Ablegen eines Sportabzeichens (Deutsches Sportabzeichen oder Schwimmbadabzeichen)
 - Teilnahme an allen vorgesehenen Schwangerschaftsuntersuchungen
 - Teilnahme an einem Präventionskurs nach § 20 SGB V
 - BMI liegt im Normbereich
 - seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher (einmalige Berücksichtigung)

2. Die Höhe des Bonus setzt sich wie folgt zusammen:
 - a. Erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1a bis 1e, kann er zwischen 2 Bonusvarianten entscheiden:

Bonusvariante 1:

Einmal jährlich 70,00 Euro je Versicherten als festen Betrag.

Bonusvariante 2:

Einmal jährlich bis zu 100,00 Euro Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der BKK-VBU genannten Leistungen. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

Die BKK-VBU führt einen Katalog (Anlage 4), in dem die jeweiligen Leistungen und Produkte aufgezählt werden, für die eine Kostenbeteiligung gewährt wird.
 - b. Einmal jährlich 30,00 Euro je Versicherten, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1f erfüllt sind.
3. Für das Mitglied und die durch ihn bei der BKK-VBU versicherten Familienangehörigen beträgt der Bonus bei der Bonusvariante 1 insgesamt 250,00 Euro pro Jahr.

Der Bonus erhöht sich auf insgesamt 280,00 Euro, wenn einer der anspruchsberechtigten Versicherten die Bonusvariante 2 unter Absatz 1 Nr. 2a wählt.
4. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-VBU Bonusblatt quittiert.
5. Zum Zeitpunkt des Einlösens des Bonus muss eine ungekündigte Versicherung bei der BKK-VBU bestehen.
6. Der Bonus kann erst nach einer Versicherungszeit von mindestens 3 Monaten geltend gemacht werden. Ist die BKK-VBU Rechtsnachfolgerin einer anderen Krankenkasse, muss zwischen der Auszahlung des Bonus nach § 65a SGB V der bisherigen Krankenkasse und dem Bonus nach Absatz 1 mindestens ein Zeitraum von 12 Monaten liegen.



(2) Bonusprogramm „Babybonus“

1. Kinder erhalten einen Bonus, wenn ein Elternteil sowie das Kind zum Erreichen der Voraussetzungen und der Einlösung des Bonus bei der BKK-VBU ungekündigt versichert sind und folgende Voraussetzungen erfüllt wurden:
 - a Inanspruchnahme aller im ersten Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen,
 - b Nachweis aller durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6,
 - c Nachweis der Mutter über Teilnahme an allen Schwangerschaftsvorsorgeterminen nach der Mutterschafts-Richtlinie.
 2. Der Bonus beträgt 190,00 Euro.
 3. Die Erfüllung der Voraussetzungen werden vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-VBU Kinderbonusheft quittiert.
1. Durch die Bestätigung der Durchführung der unter Absatz 2 Nr. 1 aufgeführten Untersuchungen gelten diese als erfüllt und können nicht zusätzlich beim Bonusprogramm „Gesund Leben zahlt sich aus“ nach Absatz 1 eingereicht werden.
 2. Der Babybonus ist bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats zu beantragen.

§ 15a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Großunternehmen ab 250 Arbeitnehmer (nach EU-Richtlinien)

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die BKK-VBU wird dazu mit ausgewählten Betrieben einen Vertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis entsprechender Bedingungen knüpft.

1. Ein Bonus wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber Folgendes nachweist:
 - Es besteht seit mindestens 2 Jahren ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der BKK-VBU.
 - Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF.
 - BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 - Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 - BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
 - Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
2. Der Bonus aus Punkt 1. erhöht sich, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 - Das Unternehmen erstellt mindestens alle 2 Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK-VBU.
 - Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 - Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden:
 - Gesundheitszirkel
 - Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - Mitarbeitergespräche, Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - Betriebliches Vorschlagswesen
3. Der Bonus aus Punkt 1. und 2. erhöht sich weiterhin, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist:

Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

- Ermöglichung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i.S.d. gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kritiken der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V
- Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
- Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- Gewährung zusätzlicher bezahlter Kurzpausen
- wirksame Nichtraucherschutzregelung
- Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
- Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention
- Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis):
 - Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 - Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 - Für mindestens 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

Der Bonus ist zweckgebunden, d.h. er muss in Maßnahmen der BGF investiert werden. Jede Bonusstufe ist nur einmalig für das Gesamtunternehmen oder einzelne Unternehmensbereiche zu erzielen. Die Höhe des Bonus darf die Gesamtaufwendungen für BGF nicht übersteigen und ist begrenzt auf einen Monatsbeitrag. Das Nähere regelt der Vertrag mit dem Unternehmen.

- (2) Kleine und mittelständische Unternehmen bis 250 Arbeitnehmer (nach EU Richtlinien)

Die BKK-VBU schließt mit ausgewählten Betrieben Verträge zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Verträge können die Gewährung eines Bonus vorsehen. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz sind.

1. Ein Bonus wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Firmenkunde Folgendes mit der BKK-VBU vertraglich vereinbart:
 - Das Unternehmen erhebt gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 - Es wird eine Arbeitsplatzanalyse und individuelle Mitarbeitergespräche durchgeführt.
 - Mitarbeiter werden informiert und bestärkt, individuelle Präventionskurse zu besuchen. Die Kurse werden von der BKK-VBU im Unternehmen angeboten, bzw. wenn das Unternehmen zu klein ist, werden Angebote in der Nähe des Versicherten aufgezeigt.
2. Der Bonus aus Punkt 1. erhöht sich, wenn der Firmenkunde zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 - Das Unternehmen wiederholt mindestens alle 2 Jahre die oben beschriebenen Maßnahmen.
 - Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden:
 - Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess oder
 - Mitarbeitergespräche, Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche oder
 - Betriebliches Vorschlagswesen
3. Der Bonus aus Punkt 1. und 2. erhöht sich, wenn der Firmenkunde zusätzlich folgende gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist:

Im Unternehmen werden Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

- Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- Gewährung zusätzlicher bezahlter Kurzpausen
- Wirksame Nichtraucherschutzregelung
- Ermöglichung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i.S.d. gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kritiken der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V
- Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
- Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung



- Teilnahme an themenbezogenen Audits
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention
- lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.):
 - Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 - Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 - Für mindestens 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

Das Unternehmen erhält einen zweckgebundenen Bonus, wenn es einen Vertrag mit der BKK-VBU geschlossen hat. Der Bonus muss in Maßnahmen der BGF investiert werden.

Jede Bonusstufe ist nur einmalig für das Gesamtunternehmen oder einzelne Unternehmensbereiche zu erzielen. Die Höhe des gesamten Bonus darf die Aufwendungen für BGF nicht übersteigen und ist begrenzt auf einen Monatsbeitrag innerhalb eines Jahres.

§ 16 *Wahltarife*

§ 16a *Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme*

(1) Die BKK VBU 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 Bundesversicherungssamt zugelassenen Fassung.

§ 16b *Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung*

- (1) Die BKK-VBU 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 der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 16c *Wahltarif Krankentagegeld*

Allgemeines

- (1) Die BKK-VBU bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an, soweit diese zum Zeitpunkt des erstmaligen Vertragsabschlusses das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. 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.

Anspruch

- (2) Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 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 Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK-VBU 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 der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankentagegeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (3) Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach erstmaligem Beginn der Laufzeit des Tarifs. Die Wartezeit von 6 Monaten gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 6 Monate vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifs bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch Krankentagegeld (§ 53 Abs. 6 SGB V bzw. Wahl nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V) bestand. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS),
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGK),

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 Krankentagegeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz (13) festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld, in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 14), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.

- (4) Für den Anspruch auf Krankentagegeld 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; § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V gilt entsprechend. 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 BKK-VBU nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK-VBU kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend. Das Mitglied ist verpflichtet, die BKK-VBU unverzüglich über das Ende der Arbeitsunfähigkeit zu informieren.
- (5) Ein Anspruch auf Krankentagegeld 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 Krankentagegeld nach diesem Tarif.
- (6) Der Anspruch auf Krankentagegeld 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 (14) oder (15)
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK-VBU.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglieder zurück zu zahlen.



Höhe

- (7) Die Höhe des Krankentagegeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten wahlweise:
- bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.929,00 Euro 45,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 1 und KGK 1),
 - bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.786,00 Euro 65,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 2 und KGK 2),
 - bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.643,00 Euro 85,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 3 und KGK 3).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der BKK-VBU. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz (18). Alle Tarifstufen unter der eigenen Einkommensgrenze sind wählbar.

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK-VBU sein Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/ Arbeitseinkommens ist der BKK-VBU unverzüglich anzuzeigen. Das Krankentagegeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankentagegeld 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 Krankentagegeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- (9) Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz (4) durch das Mitglied voraus. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. §§ 47 Abs. 1 Sätze 6 und 7 SGB V und 45 Abs. 8 SGB IX gelten entsprechend.



Dauer

- (10) Anspruch auf Krankentagegeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 52 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankentagegeldanspruch unabhängig von dem 3 Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf der 52. Woche. Sofern im letzten 3 Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3 Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankentagegeld, 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 Krankentagegeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankentagegeld ruht oder für die das Krankentagegeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankentagegeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankentagegeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen (17) oder (18) unbeachtlich.

Ruhen

- (11) Der Anspruch auf Krankentagegeld 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 Krankentagegeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, 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. Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankentagegeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankentagegeld ruht, wie Zeiten des Bezuges von Krankentagegeld berücksichtigt.
- (12) Die §§ 16 Abs. 1 - 3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 49 Abs. 1 Nr. 5, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60 – 62, 65, 66 - 67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (13) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK-VBU folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK-VBU 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 Laufzeit aus, die sich an das Ende der vorherigen Laufzeit anschließt.

Kündigung

- (14) Die Kündigung des Tarifs muss in Form einer schriftlichen Erklärung spätestens 3 Monate vor dem Ende der 3-jährigen Laufzeit bei der BKK-VBU eingegangen sein. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK-VBU vorbehaltlich Absatz (15) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (15) 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.

Beendigung

- (16) Unabhängig von einer Kündigung endet dieser Wahltarif
1. mit dem Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
 2. spätestens mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. Gewährung einer vergleichbaren Leistung von berufsständischen Versorgungseinrichtungen,
 3. bei Personen, die keinen Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI festgestellt wird,



4. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zu dem in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreis,
5. durch Tod.

Wechsel

- (17) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit des Tarifs und auch dann nicht, wenn zum Zeitpunkt der Wahl eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Laufzeit unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz (18) – höchstens einmal innerhalb der 3-jährigen Laufzeit möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK-VBU folgenden Kalendermonat. 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 Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel keine Wartezeit.
- (18) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz (8) die in Absatz (7) genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der BKK-VBU über das Unterschreiten folgt.

Prämien

- (19) Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz (3) und der Höhe des Krankentagegeldes nach Absatz (7) ergeben sich die Tarifgruppen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif	Euro
KGS 1	68,85
KGS 2	99,45
KGS 3	130,05
KGK 1	100,80
KGK 2	145,60
KGK 3	190,40

- (20) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife in einem Monatsbetrag zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt ausschließlich per Lastschriftinzugsverfahren. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 der Monatsprämie zu zahlen. Im Falle eines Tarifwechsels nach den Absätzen (21), (22) oder (23) ist die aus der neuen Tarifstufe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn



der Laufzeit der Tarifstufe zu zahlen. Im Falle der Krankentagegeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankentagegeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

- (21) Die Prämie ist auch für die Dauer des Bezugs von Krankentagegeld (nach §§ 44 ff. SGB V als auch nach diesem Wahltarif) und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
- (22) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- (23) Für die Prämie, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, wird in Anwendung des § 19 Abs. 2 VwVG im Mahnverfahren je Mahnung eine Mahngebühr erhoben.
- (24) Die BKK-VBU darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16d Wahltarif – Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Allgemeines

- (1) Die BKK-VBU bietet ihren Mitgliedern, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen und ihren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, diesen Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel besonderer Therapierichtungen an.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht für sich oder für ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wählen.

Gegenstand

- (2) Die BKK-VBU erstattet die entstandenen Kosten, den Höchstbetrag nach § 13 (13) bzw. 13 (14) übersteigenden Kosten, für die gemäß § 34 Abs. 1 SGB V nicht unter die Leistungspflicht fallenden, ärztlich verordneten und apothekenpflichtigen Arzneimittel besonderer Therapierichtungen. Dazu gehören ärztlich verordnete Homöopathika, Anthroposophika und Phytotherapeutika.

- Der Wahltarif wird nur Mitgliedern und Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, angeboten. Bis zu diesem Alter sind die unter diesen Wahltarif fallenden Leistungen gemäß § 34 Abs. 1 Satz 5 SGB V erstattungsfähig. Im Falle von Entwicklungsstörungen sind diese Leistungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erstattungsfähig, so dass ein entsprechender Tarif in diesem Fall erst ab Vollendung des 18. Lebensjahres angeboten wird.
- Erstattet werden ausschließlich ärztlich verordnete, apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige und bei der zuständigen Zulassungsstelle für Arzneimittel zugelassene oder registrierte Arzneimittel, die den besonderen Therapierichtungen durch die Zulassungsstelle zugeordnet werden. Lebensmittel und Diätetika nach dem Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG), Nahrungsergänzungsmittel im Sinne des § 1 Abs. 1 Nahrungsergänzungsmittelverordnung (NemV), Diäten nach § 1 Abs. 4a Diätverordnung (DiätV), Kosmetika und Körperpflegeprodukte oder Medizinprodukte, die pflanzliche Bestandteile enthalten, sind von der Leistungspflicht im Rahmen dieses Wahltarifes ausgeschlossen.
- Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V und Ziffer 16 der Arzneimittelrichtlinie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung zu erbringen sind, werden nicht im Rahmen dieses Wahltarifes erstattet. Hierzu zählen unter anderem Verordnungen von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen, insbesondere pflanzliche Abführmittel (u.a. bei Tumorleiden, Megaco-

Ion, Divertikulose), Arzneimittel mit Flohsamen und Flohsamenschalen (u.a. bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom), mit Ginkgo-biloba-Extrakten (bei Demenz), mit Johanniskraut/Hypericum perforatum Extrakten (bei mittelschweren Depressionen) und Mistel-Präparate (in der Palliativbehandlung von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität) sowie Verordnungen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Anwendung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen (sog. Bagatellerkrankungen). Geringfügige Gesundheitsstörungen im Sinne § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V sind Erkältungskrankheiten, grippale Infekte, Mund- und Rachenentzündungen (mit Ausnahme von Pilzinfektionen), Obstipation und Kinetosen (Reisekrankheit).

- Nicht erstattet werden gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 8 SGB V Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (life-style-Arzneimittel); dies sind Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichtes oder zur Verbesserung des Haarwuchses angewendet werden. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die auf Grundlage von § 34 Abs. 3 SGB V von der Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen und den unwirtschaftlichen Arzneimitteln (Arzneimittel der sog. Negativliste) zugeordnet werden, sind nicht Gegenstand der Versicherungsleistung dieses Wahltarifes.
- Die BKK-VBU trägt die Kosten des Arzneimittels gemäß den beschriebenen Bedingungen höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung (AMPreisV) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Grundlage hierfür ist § 129 Abs. 5a SGB V, welcher bei der Abgabe eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels durch Apotheken einen für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreis in Höhe des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens zuzüglich der Zuschläge nach §§ 2 und 3 AMPreisV in der am 31.12.2003 gültigen Fassung festschreibt.

Kostenerstattung

- (3) Die BKK-VBU erstattet dem Mitglied auf Antrag für sich und seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die dieser Tarif durch das Mitglied gewählt wurde, nach Vorlage der Originalverordnung entstandene und nachgewiesene Aufwendungen für die unter Absatz (2) genannten Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen entsprechend den Regelungen der einzelnen Tarifgruppen. Die eingereichten Originalverordnungen werden Eigentum der BKK-VBU. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Tarifgruppe „BKK·VBU PRO Naturarznei“

- (4) Diese Tarifgruppe können Mitglieder für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wählen. Für die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen muss das Mitglied eine eigene Wahlerklärung abgeben. Für die nach § 10 SGB V familienversicherten Kinder ist die prämienfreie Teilnahme an diesem Tarif nicht möglich. Für familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner muss das Mitglied eine eigenständige Wahlerklärung abgeben.

Erstattet werden dem Mitglied bei Beantragung der Kostenerstattung für sich und/oder seine teilnehmenden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen nach Ablauf eines Versicherungsjahres innerhalb der Laufzeit des Tarifs 100 v. H. der entstandenen und nachgewiesenen Kosten, die über dem jährlichen Selbstbehalt von 300,00 Euro je Teilnehmer liegen; maximal jedoch 3.000,00 Euro. Erstattungsfähig sind die entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt, einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Rezept verordnete und von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen und nach diesem Tarif erstattungsfähigen homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimittel, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt. Als Rezept gilt jede von einem Vertragsarzt, einem nach § 13 Abs. 4 SGB V oder nach zwischenstaatlichem Recht zur Versorgung von Versicherten berechtigten Arzt ausgestellte privatärztliche Verordnung. Die erstattungsfähigen Originalverordnungen sind innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des Versicherungsjahres bei der BKK·VBU einzureichen. Für Originalverordnungen, die 12 Monate nach dem Ablauf des Versicherungsjahres eingereicht werden, ist eine Erstattung ausgeschlossen.

Tarifgruppe „BKK·VBU PRO Naturarznei plus“

- (5) Diese Tarifgruppe können Mitglieder für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Kinder wählen. Für die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen muss das Mitglied eine eigene Wahlerklärung abgeben. Für die nach § 10 SGB V familienversicherten Kinder ist die prämienfreie Teilnahme an diesem Tarif nicht möglich. Für familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner muss das Mitglied eine eigenständige Wahlerklärung abgeben.

Erstattet werden dem Mitglied bei Beantragung der Kostenerstattung für sich und/oder seine teilnehmenden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen nach Ablauf eines Versicherungsjahres innerhalb der Laufzeit des Tarifs 90 v. H. der entstandenen und nachgewiesenen Kosten, maximal jedoch 250,00 Euro. Erstattungsfähig sind die entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt, einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Rezept verordnete und von einer Apotheke oder im Rahmen des

nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen und nach diesem Tarif erstattungsfähigen homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimittel, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt. Als Rezept gilt jede von einem Vertragsarzt, einem nach § 13 Abs. 4 SGB V oder nach zwischenstaatlichem Recht zur Versorgung von Versicherten berechtigten Arzt ausgestellte privatärztliche Verordnung. Die erstattungsfähigen Originalverordnungen sind innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des Versicherungsjahres bei der BKK·VBU einzureichen. Für Originalverordnungen, die 12 Monate nach dem Ablauf des Versicherungsjahres eingereicht werden, ist eine Erstattung ausgeschlossen.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (6) Der Beitritt zu diesem Tarif ist gegenüber der BKK·VBU schriftlich zu erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK·VBU folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK·VBU gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Laufzeit des Tarifs beträgt 1 Jahr. Der Beitritt zum Wahltarif wird dem Mitglied seitens der BKK·VBU schriftlich bestätigt.

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

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Laufzeit aus, die sich an das Ende der vorherigen Laufzeit anschließt.

Das erste Versicherungsjahr innerhalb des Tarifs beginnt mit dem Datum des Versicherungsbeginns und dauert 12 Monate. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen und enden jeweils zu diesem Zeitpunkt.

Wechselt ein Mitglied innerhalb der Laufzeit des Tarifs den Status zu einem nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen und es wird eine neue Teilnahmeerklärung für den Tarif abgegeben, wird die vorherige Tariflaufzeit angerechnet und setzt sich fort.

Kündigung/Beendigung

- (7) Die Kündigung des Tarifs muss in Form einer schriftlichen Erklärung spätestens 3 Monate vor dem Ende der 1-jährigen Laufzeit bei der BKK·VBU eingegangen sein. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der 1-jährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden.

Wählt das Mitglied den Tarif für seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ohne selbst am Wahltarif teilzunehmen, kann die Mitgliedschaft

bei der BKK·VBU vorbehaltlich Abs. (8) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 1-jährigen Laufzeit der Tarifeilnahme des nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen gekündigt werden. Die Kündigung der Tarifeilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen muss durch das Mitglied ausgesprochen werden; Abs. (7) Satz 1 gilt entsprechend.

- (8) Wenn nach der Wahl des Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet die Tarifeilnahme für das Mitglied und für seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden. Das Mitglied teilt der BKK·VBU eine solche Änderung rechtzeitig vor Ende des betreffenden Kalendermonats mit.
- (9) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung 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. In gleicher Weise kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämien-erhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbin- dung, erfolgen; die Tariferhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Abs. (11) bleiben dabei außer Betracht.
- (10) Dieser Wahltarif endet darüber hinaus
1. wenn das Mitglied nach Ablauf der 1-jährigen Laufzeit seine Mitgliedschaft bei der BKK·VBU nach § 175 Abs. 4 SGB V kündigt; in diesem Fall endet der Tarif auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft bei der BKK·VBU,
 2. für Familienangehörige, für die dieser Tarif gewählt wurde, mit dem Ende der nach § 10 SGB V bei der BKK·VBU durchgeführten Familienversiche- rung,
 3. für das Mitglied, das auf Grund von gesetzlichen Bestimmungen den Ver- sicherungsstatus zu einem nach § 10 SGB V familienversicherten Ange- hörigen wechselt und für das keine neue Teilnahmeerklärung abgegeben wird,
 4. durch Tod.

Ruhen

- (11) Der Erstattungsanspruch nach diesem Tarif ruht, wenn das Mitglied mit Prä- mienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebüh- ren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Der Erstattungsanspruch

lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Eine Erstattung für im Ruhezeitraum nach Abs. (2) verordnete Arzneimittel erfolgt, wenn die fälligen Prämien und die berechneten Mahngebühren vollständig gezahlt wurden.

Wird die Familienversicherung nach § 10 SGB V während der Laufzeit des Tarifs wegen fehlender Mitwirkung beendet, ruht der Kostenerstattungsanspruch für den nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Zeitpunkt der Beendigung der Familienversicherung. Der Erstattungsanspruch lebt mit Beginn einer neuen Familienversicherung nach § 10 SGB V bei der BKK-VBU wieder auf. Eine Erstattung für im Ruhezeitraum nach Abs. (2) verordnete Arzneimittel ist nicht möglich.

Prämien

- (12) Für die Teilnahme am Wahltarif ist vom Teilnehmer eine monatliche Prämie für sich und ggf. für seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die dieser Tarif gewählt wurde, abhängig vom Alter der zu versichernden Person, zu entrichten. Die Höhe der Prämie ist der Prämientabelle für die jeweilige Tarifgruppe zu entnehmen.

BKK-VBU PRO Naturarznei:

Altersklassen	jährlicher Rechnungshöchstbetrag	jährlicher Selbstbehalt	Monatsprämie
12 - 50 Jahre	3.000,00 Euro	300,00 Euro	4,85 Euro
Ab 51 Jahre	3.000,00 Euro	300,00 Euro	10,89 Euro

BKK-VBU PRO Naturarznei plus

Altersklassen	jährlicher Rechnungshöchstbetrag	Selbstbehalt	Monatsprämie
Ab 12 Jahre	250,00 Euro	10% der entstandenen Kosten	9,56 Euro

Für die Eingruppierung in die Altersstufen ist das Lebensjahr des Wahltarifteilnehmers maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

- (13) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife in einem Monatsbetrag zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt ausschließlich per Lastschriftinzugsverfahren. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.
- (14) Durch Veränderungen des Arzneimittelangebots oder durch Preisänderungen der Arzneimittel nach Abs. (2) sowie durch Inanspruchnahme von Leistungen durch die Teilnehmer an diesem Tarif kann eine Prämienanpassung notwendig sein. Die BKK-VBU vergleicht daher jährlich die erforderlichen mit den in



der Berechnungsgrundlage kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung, werden die Prämien überprüft und – soweit erforderlich – mit Genehmigung des Bundesversicherungsamtes angepasst.

Ist eine Anpassung der monatlichen Prämie oder eine Reduzierung des maximalen Rechnungshöchstbetrages (innerhalb einer Prämientabelle) erforderlich, so teilt die BKK·VBU dies dem Wahltarifeilnehmer schriftlich mit.

- (15) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- (16) Für Prämien, die der Wahltarifeilnehmer nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, wird in Anwendung des § 19 Abs. 2 VwVG im Mahnverfahren je Mahnung eine Mahngebühr erhoben.

§ 16e *Wahltarif Kostenerstattung*

Allgemeines

- (1) Die BKK·VBU bietet ihren Mitgliedern, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen und ihren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung diesen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung an.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht für sich oder für ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wählen.

Weiterhin ist dieser Wahltarif für Mitglieder/Versicherte, die bereits an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, nicht wählbar.

Gegenstand

- (2) Die BKK·VBU erstattet die entstandenen und nachgewiesenen Kosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt und diese von einem nach § 95 SGB V zugelassenen oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht werden. Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, werden von diesem Tarif nicht erfasst. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ausgeschlossen.

Kostenerstattung

- (3) Diesen Wahltarif können Mitglieder für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wählen. Für die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen muss das Mitglied eine eigene Wahlerklärung abgegeben. Für die nach § 10 SGB V familienversicherten Kinder ist die prämienfreie Teilnahme an diesem Tarif nicht möglich.

Die BKK·VBU erstattet dem Mitglied für sich und/oder seinen teilnehmenden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, bei Inanspruchnahme der am Tarif teilnehmenden Ärzte (Tarifärzte) 100 v. H. der entstandenen und nachgewiesenen Kosten.

Erstattungsfähig sind die entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern die Inanspruchnahme des teilnehmenden Tarifarztes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt. Dies gilt auch für ausländische Leistungserbringer, welche nach § 140e SGB V am Tarif teilnehmen. Kosten, die durch Inanspruchnahme von nicht am Tarif teilnehmenden Ärzten in der Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif entstanden sind, werden – mit Ausnahme gesetzlich vorgeschriebener Vorsorgeleistungen – von der BKK·VBU auf Antrag in Höhe

von 90 v. H. des Rechnungsbetrages erstattet. Die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen werden bis zum maximal 2,3-fachen des einfachen Gebührensatzes nach der GOÄ bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages berücksichtigt.

- (4) Die BKK-VBU übernimmt gegenüber dem teilnehmenden Mitglied und gegenüber den teilnehmenden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen die Verpflichtung, die Kosten aus dem Behandlungsvertrag mit den teilnehmenden Tarifärzten abzurechnen. Eine finanzielle Vorleistung des Mitgliedes ist bei ausschließlicher Inanspruchnahme der Tarifärzte nicht erforderlich. Bei Inanspruchnahme anderer als den gelisteten Tarifärzten tritt das Mitglied finanziell in Vorleistung und reicht quartalsweise die Rechnungen zur Erstattung bei der BKK-VBU ein.

Eine Liste der Tarifärzte wird dem Mitglied und/oder seinen teilnehmenden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen nach der Abgabe der Wahlerklärung zu diesem Wahltarif bei Bedarf ausgehändigt. Die jeweils aktuelle Liste ist im Internetauftritt der BKK-VBU ersichtlich und ist in den Geschäftsräumen der BKK-VBU einzusehen.

- (5) Wird ein Erstattungsanspruch durch das Mitglied nicht geltend gemacht, kommt es zu einer Prämienrückerstattung. Die Rückerstattung ist wie folgt geregelt:
1. für ein Tarifjahr ohne Inanspruchnahme des Erstattungsanspruchs wird eine dem Jahresdurchschnitt entsprechende Monatsprämie zurück erstattet,
 2. für zwei aufeinanderfolgende Tarifjahre ohne Inanspruchnahme des Erstattungsanspruchs werden zwei dem 2-Jahresdurchschnitt entsprechende Monatsprämien zurück erstattet,
 3. für drei aufeinanderfolgende Tarifjahre ohne Inanspruchnahme des Erstattungsanspruchs werden drei dem 3-Jahresdurchschnitt entsprechende Monatsprämien zurück erstattet.

Wird nach einer Prämienrückerstattung vom Mitglied nachträglich ein Erstattungsantrag für das entsprechende Tarifjahr gestellt, wird die Prämienrückerstattung rückgängig gemacht. Der Prämienrückerstattungsbetrag wird mit dem Betrag verrechnet, der dem Mitglied aufgrund seines nachträglichen Antrages zu erstatten ist. Fällt der Erstattungsbetrag geringer aus als die ausgezahlte Prämienrückerstattung, ist die Differenz vom Mitglied an die BKK-VBU zurückzuzahlen.

Die Regelung zur Prämienrückerstattung gilt nur im Rahmen eines 3-jährigen Zeitraumes. Verlängert sich die Wahl des Tarifs, wird ein neuer 3-Jahres-Zeitraum ausgelöst.

Eine Beitragsrückerstattung ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig gezahlt hat; Abs. (11) gilt entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (6) Der Beitritt zu diesem Tarif ist gegenüber der BKK-VBU schriftlich zu erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK-VBU folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK-VBU gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Laufzeit des Tarifs beträgt 1 Jahr. Der Beitritt zum Wahltarif wird dem Mitglied seitens der BKK-VBU schriftlich bestätigt. 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 1-jährige Laufzeit aus, die sich an das Ende der vorherigen Laufzeit anschließt.

Das erste Versicherungsjahr innerhalb des Tarifs beginnt mit dem Datum des Versicherungsbeginns und dauert 12 Monate. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen und enden jeweils zu diesem Zeitpunkt.

Wechselt ein Mitglied innerhalb der Laufzeit des Tarifs den Status zu einem nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen und es wird eine neue Teilnahmeerklärung für den Tarif abgegeben, wird die vorherige Tariflaufzeit angerechnet und setzt sich fort.

Kündigung/Beendigung

- (7) Die Kündigung des Tarifs muss in Form einer schriftlichen Erklärung spätestens 3 Monate vor dem Ende der 1-jährigen Laufzeit bei der BKK-VBU eingegangen sein. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der 1-jährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden.

Wählt das Mitglied den Tarif für seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ohne selbst am Wahltarif teilzunehmen, kann die Mitgliedschaft bei der BKK-VBU vorbehaltlich Abs. (8) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 1-jährigen Laufzeit der Tarifteilnahme des nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen gekündigt werden. Die Kündigung der Tarifteilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen muss durch das Mitglied ausgesprochen werden; Abs. (7) Satz 1 und 2 gelten entsprechend.

Wenn nach der Wahl des Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet die Tarifteilnahme für das Mitglied und für seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden. Das Mitglied teilt der BKK-VBU eine solche Änderung rechtzeitig vor Ende des betreffenden Kalendermonats mit.

- (8) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied/den Versicherten 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. In gleicher Weise 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; die Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Abs. (12) bleiben dabei außer Betracht.

(9) Dieser Wahltarif endet darüber hinaus

1. wenn das Mitglied nach Ablauf der 1-jährigen Laufzeit seine Mitgliedschaft bei der BKK-VBU nach § 175 Abs. 4 SGB V kündigt; in diesem Fall endet der Tarif auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft bei der BKK-VBU,
2. für Familienangehörige, für die dieser Tarif durch das Mitglied gewählt wurde, mit dem Ende der nach § 10 SGB V bei der BKK-VBU durchgeführten Familienversicherung,
3. für das Mitglied, das auf Grund von gesetzlichen Bestimmungen den Versicherungsstatus zu einem nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wechselt und für das keine neue Teilnahmeerklärung abgegeben wird,
4. durch Tod.

Ruhen

(10) Der Leistungs- bzw. Erstattungsanspruch nach diesem Tarif 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. Der Leistungs- bzw. Erstattungsanspruch lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Eine Erstattung für im Ruhezeitraum nach Abs. (2) in Anspruch genommene Leistungen erfolgt, wenn die fälligen Prämien und die berechneten Mahngebühren vollständig gezahlt wurden.

Wird die Familienversicherung nach § 10 SGB V während der Laufzeit des Tarifes wegen fehlender Mitwirkung beendet, ruht der Kostenerstattungsanspruch für den nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Zeitpunkt der Beendigung der Familienversicherung. Der Erstattungsanspruch lebt mit Beginn einer neuen Familienversicherung nach § 10 SGB V oder mit dem Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK-VBU wieder auf. Eine Erstattung für im Ruhezeitraum nach Abs. (2) in Anspruch genommene ärztliche Leistungen ist nicht möglich.

Prämien

- (11) Für die Teilnahme am Wahltarif ist vom Mitglied eine monatliche Prämie für sich und/oder für seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die dieser Tarif vom Mitglied gewählt wurde, abhängig vom Alter der zu versichernden Person, zu entrichten.

Die Höhe der Prämie ist der nachfolgenden Prämientabelle zu entnehmen.

Altersklassen	Monatsprämie
12 - 30 Jahre	15,70 Euro
31 - 40 Jahre	16,97 Euro
41 - 50 Jahre	19,47 Euro
51 - 60 Jahre	26,44 Euro
Ab 60 Jahre	103,43 Euro

Für hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Mitglieder, welche bereits den Wahltarif BKK·VBU PRO Krankentagegeld nach § 16c dieser Satzung gewählt haben, gelten die in der folgenden Prämientabelle aufgeführten Prämien.

Altersklassen	Monatsprämie
Bis 30 Jahre	13,05 Euro
30 - 35 Jahre	13,57 Euro
35 - 40 Jahre	14,22 Euro
40 - 45 Jahre	14,82 Euro
45 - 50 Jahre	16,87 Euro
50 - 55 Jahre	19,37 Euro
55 - 60 Jahre	22,65 Euro
60 - 65 Jahre	22,71 Euro
65 - 70 Jahre	22,81 Euro
Ab 70 Jahre	83,63 Euro

Für die Eingruppierung in die Altersstufen ist das Lebensjahr des Versicherten maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

- (12) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife in einem Monatsbetrag zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt bis auf Widerruf per Lastschriftverfahren. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

- (13) Durch Veränderungen der Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind oder durch Änderungen der diesem Wahltarif zugrunde liegenden, mit den teilnehmenden Ärzten geschlossenen Verträge, durch Änderungen an der GOÄ sowie durch Inanspruchnahme von Leistungen durch die Teilnehmer an diesem Tarif kann eine Prämienanpassung notwendig sein. Die BKK·VBU vergleicht daher jährlich die erforderlichen mit den in der Berechnungsgrundlage kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung, werden die Prämien überprüft und – soweit erforderlich – mit Genehmigung des Bundesversicherungsamtes angepasst.

Ist eine Anpassung der monatlichen Prämie erforderlich, so teilt die BKK·VBU dies dem Mitglied schriftlich mit.

- (14) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- (15) Für Prämien, die das Mitglied/der Versicherte nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, wird in Anwendung des § 19 Abs. 2 VwVG im Mahnverfahren je Mahnung eine Mahngebühr erhoben.



§ 16f *Wahltarif Integrierte Versorgung*

- (1) Die BKK-VBU bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 16g *Wahltarif Selbstbehalt (sonstige Leistungen)*

Allgemeines

- (1) Die BKK-VBU bietet ihren Mitgliedern, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen diesen Wahltarif mit Prämienzahlung bei Leistungsverzicht nach § 53 Abs. 1 SGB V an.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen.

Gegenstand

- (2) Wählen die Mitglieder diesen Tarif, übernehmen sie für einzelne Leistungen pro Tarifjahr einen Teil der von der BKK-VBU zu tragenden Kosten in Höhe von 400,00 Euro (Selbstbehalt). Hierbei werden folgende Leistungen für das Mitglied dem Selbstbehalt von 400,00 Euro unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft im Sinne des SGB V handelt:

- Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Vorsorgekuren nach §§ 23 Abs. 2, 24 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (§ 13 Abs. 3 der Satzung)
- Heilmittel nach § 32 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Hilfsmittel nach § 33 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V (§ 13a der Satzung)
- Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach § 31 Abs. 5 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Medizinprodukte nach § 3 Abs. 1 und 2 MPG; § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- Festzuschuss bei Zahnersatz nach § 55 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)

- (3) Soweit vom Mitglied oben genannte Leistungen in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der der BKK-VBU tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Höhe/Zahlung

- (4) Innerhalb der Laufzeit dieses Wahltarifs erstattet die BKK-VBU dem Mitglied einen Teil seiner gesetzlich gezahlten Beiträge als Prämie. Die Höhe der auszahlenden Prämie beträgt 200,00 Euro pro Tarifjahr.

- (5) Die Zahlung erfolgt spätestens 6 Monate nach Ablauf eines Tarifjahres in Höhe der sich unter Berücksichtigung der Absätze (3), (4) und (7) ergebenden Prämie.
- (6) Zur Deckung des vom Mitglied zu tragenden Selbstbehaltes erteilt das Mitglied der BKK-VBU eine Bankeinzugsermächtigung. Die Berechtigung zum Bankeinzug ist auf den Differenzbetrag zwischen Prämie und Selbst-behalt (max. 200,00 Euro) begrenzt.

Möchte das Mitglied der BKK-VBU keine Bankeinzugsermächtigung für den vom Mitglied zu tragenden Selbstbehalt erteilen, ist zu dessen Deckung eine monatliche Vorauszahlung in Höhe von 17,00 Euro durch das Mitglied zu leisten. Die Zahlung erfolgt ausschließlich per Lastschrifteinzugsverfahren. Nach der Verrechnung der im Rahmen des Selbstbehaltes zu tragenden Kosten nach Ablauf eines Tarifjahres werden bis zu 200,00 Euro der eingezahlten Beträge mit der Prämie an das Mitglied wieder ausgezahlt. Der übersteigende Betrag von 4,00 Euro verbleibt zur Deckung der erhöhten Verwaltungsaufwendungen bei der BKK VBU.

- (7) Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 Euro bei einem und 900,00 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten. Angerechnet werden alle Prämienzahlungen die von der BKK-VBU innerhalb eines Tarifjahres dieses Wahltarifs, aus anderen Wahltarifen an das Mitglied gezahlt werden.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (8) Der Beitritt zu diesem Tarif ist gegenüber der BKK-VBU schriftlich zu erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK-VBU folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK-VBU gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Laufzeit des Tarifs beträgt 3 Jahre. Der Beitritt zum Wahltarif wird dem Mitglied seitens der BKK-VBU schriftlich bestätigt.

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 Laufzeit aus, die sich an das Ende der vorherigen Laufzeit anschließt.

Das erste Tarifjahr innerhalb des Tarifs beginnt mit dem Datum des Wahltarifbeginns und dauert 12 Monate. Alle folgenden Tarifjahre beginnen und enden jeweils zu diesem Zeitpunkt.

Freiwilligen Versicherten wird die Wahl des Selbstbehalttarifes versagt, wenn die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind. Das gleiche gilt bei Versicherten, die mit der BKK-VBU eine Ratenzahlung vereinbart haben.

Ruhen

- (9) Die Ausschüttung der Prämie aus diesem Tarif an das Mitglied ruht, wenn das Mitglied mit Zahlungen in Höhe von 2 Monatsbeträgen für Wahltarife im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig gezahlt hat. Das gleiche gilt für freiwillig Versicherte, wenn während der Tariflaufzeit die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind und für Versicherte, die mit der BKK-VBU während der Tariflaufzeit eine Ratenzahlung vereinbaren. Die Prämienausschüttung lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

Kündigung/Beendigung

- (10) Die Kündigung des Tarifs muss in Form einer schriftlichen Erklärung spätestens 3 Monate vor dem Ende der 3-jährigen Laufzeit bei der BKK-VBU eingegangen sein. Abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK-VBU vorbehaltlich Absatz (12) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Laufzeit gekündigt werden. § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 6 Absatz (2) der Satzung der BKK-VBU gilt entsprechend.
- (11) 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. In gleicher Weise kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen erfolgen
- (12) Dieser Wahltarif endet darüber hinaus
1. wenn das Mitglied nach Ablauf der 3-jährigen Laufzeit seine Mitgliedschaft bei der BKK-VBU nach § 175 Abs. 4 SGB V kündigt,
 2. wenn nach der Wahl des Selbstbehalttarifes die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden,
 3. durch Tod.



§ 17 *Kooperation mit der PKV*

Die BKK-VBU kann ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.



§ 18 *Aufsicht*

Die Aufsicht über die BKK-VBU führt das Bundesversicherungsamt.



§ 19 *Mitgliedschaft zum Landesverband*

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



§ 20 Bekanntmachungen

- (1) Die Bekanntmachungen der BKK·VBU erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.meine-krankenkasse.de, nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in den Räumen der BKK·VBU und in der Mitgliederzeitschrift.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

- (2) Die BKK·VBU veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie im Internet unter www.meine-krankenkasse.de zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für den Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden die Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK·VBU veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den ServiceCentern der BKK·VBU 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 und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.



Artikel II

Inkrafttreten

Die Verwaltungsräte haben diese Satzung beschlossen. Die Satzung tritt am 01.01.2016 in Kraft.

Berlin, den 23.09.2015

Anja Christen
Vorsitzende des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreterin BKK·VBU)

Theodor Meine
Alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter BKK·VBU)

München, den 28.09.2015

Wolfgang Helmrich
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter BKK DKM)

Eduard Glass
altern. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter BKK DKM)



Glückstadt, den 02.10.2015

Hans-Rüdiger Bruchmann
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter BKK S.-H.)

Sönke Erps
altern. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter BKK S.-H.)

Wesseling, den 24.09.2015

Wilfried Hierl
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter BKK Basell)

Jürgen Pischke
altern. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter BKK Basell)



Anlage zu § 1 der Satzung

Unternehmen und Betriebsstätten nach § 1 Abs. (2)

1. Verkehrsbau Union GmbH, Berlin
mit Niederlassungen in Berlin, Blankenburg, Brandenburg, Chemnitz, Coswig, Dresden, Hamburg, Korbußen, Leipzig, Lindow, Magdeburg, Michendorf, Oberthau, Rötha, Rostock, Schmölln, Schönerlinde, Suhl, Trebbin, Wittstock, Ziesar
2. EUROVIA Verkehrsbau Union GmbH, Berlin
3. Bauunternehmung E. Heitkamp GmbH, Herne
mit Niederlassungen in Herne, Berlin, Chemnitz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Frankfurt/Main, Frankfurt/Oder, Hagen, Halle, Hamburg, Hannover, Köln, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, München, Potsdam, Rostock, Stuttgart
4. E. Heitkamp Baugesellschaft mbH & Co. KG, Herne
5. Allgemeiner Bau-Versicherungsdienst Versicherungs-Vermittlungen GmbH, Herne
6. Heitkamp – Systembau GmbH, Herne
7. Heitkamp Berg- und Bautechnik GmbH, Herne
8. Heitkamp Umwelttechnik GmbH, Bochum
9. Heitkamp Erd- und Straßenbau, Herne
10. Dresdner Druck- und Verlagshaus GmbH & Co. KG, sowie alle Betriebsteile der Dresdner Druck- und Verlagshaus GmbH & Co. KG
11. Dow Olefinverbund GmbH in Schkopau, Leuna, Böhlen
12. Sulzer Weise Service GmbH in Bruchsal Niederlassung Schkopau,
13. Industriemontagen Merseburg GmbH in Merseburg mit den Festbaustellen in Schwedt, Wolfen, Schkopau, Leuna, Böhlen, Schwarzheide und der Betriebsstätte in Frankleben
14. Leipziger Verlags- und Druckereigesellschaft mbH & Co. KG und ihre Außenstellen in Altenburg, Berlin, Bonn, Borna, Delitzsch, Döbeln, Dresden, Eilenburg, Erfurt, Geithain, Grimma, Naumburg, Oschatz, Torgau, Wurzen
15. Isolierungen Leipzig GmbH mit den Betriebsstätten in Leipzig, Berlin, Cottbus, Dresden, Halle, Rostock, Flensburg, Lübeck, Eckernförde, Elmshorn, Quickborn, Lüneburg, Wiesbaden, Köln, Veltheim, Grünstadt, Wittlich, Bin-



- gen, Karlsruhe, Aichtal, Mahlberg, Murr, Donaueschingen, Grafenrheinfeld, Altenstadt, Helmstadt, Regenstauf, Hamburg, Bremen, Hamm und Bochum
16. die Betriebe der Nexans Deutschland GmbH in Hannover, Mönchengladbach, Neunburg, Nürnberg, mit den dazugehörigen Vertriebsbüros in Berlin, Hamburg, Hannover, Osnabrück, Essen, Frankfurt, Nürnberg, München, Oberzella
 17. die Dienststellen und Betriebe der Verwaltung der Stadt Herne, Herne
 18. den Betrieb der Deutsche Gamma GmbH, Krefeld
 19. der Betrieb der Gesellschaft für Elektrometallurgie mbH, Nürnberg
 20. Elektrowerk Weisweiler GmbH, Eschweiler
 21. den Betrieb der Heinr. Aug. Schoeller Söhne GmbH & Co. KG, Düren
 22. den Betrieb der Firma Grenzebach BSH GmbH, Bad Hersfeld
 23. den Betrieb der Balcke, Dürr GmbH; Ratingen, Standorte/ Werke: Beckum, Wenden, Stuttgart, Zeitz
 24. den Betrieb der Standard-Metallwerke GmbH, Werl
 25. den Betrieb der Firma Aker Wirth GmbH, Erkelenz
 26. den Betrieb der Firma hde Metallwerk GmbH, Menden
 27. die Betriebe der Firma W. Döllken & Co. GmbH, Gladbeck
 28. Firma Döllken Kunststoffverarbeitung GmbH, Gladbeck
 29. Döllken-Profiltechnik GmbH, Dunningen
 30. den Betrieb der Firma Döllken-Weimar GmbH, Weimar
 31. den Betrieb der BOGESTRA AG in Bochum: Straßenbahn- und Stadtbahnbetrieb, Werkstätten Bauhof und Hauptverwaltung, Omnibus- Betrieb und Werkstätten
 32. den Betrieb der BOGESTRA AG in Gelsenkirchen: Straßenbahn- und Stadtbahnbetrieb und Werkstatt, Omnibusbetrieb und Werkstatt
 33. den Betrieb der BOGESTRA AG in Witten: Omnibus-Betrieb und Werkstatt
 34. den Betrieb der O-I GLASSPACK GmbH & Co KG, Düsseldorf
 35. den Betrieb der Hauptverwaltung Gerresheimer Glas GmbH, 40470 Düsseldorf



36. Girmes International GmbH, Nettetal
37. TAG Composites & Carpets GmbH, Krefeld
38. den Betrieb der Duisburger Verkehrsgesellschaft AG, Duisburg
39. Nexans Deutschland GmbH, Hannover
40. Keymile GmbH, Hannover
41. AFL Telecommunications GmbH, Mönchengladbach
42. Alcatel Telecom Beteiligungsgesellschaft mbH, Stuttgart
43. Nexans Autoelectric GmbH, Floß
44. Auto-Kabel Rheindahlen GmbH & Co. KG, Mönchengladbach
45. BRUGG Rohrsysteme GmbH, Wunstorf
46. Büttner Gesellschaft für Trocknungs- und Umwelttechnik mbH, Krefeld
47. Deutsche Babcock Anlagen GmbH, Oberhausen
48. Dimension-Polyant GmbH, Krefeld, Kempen, Straelen
49. GfE Gießerei- und Stahlwerksbedarf GmbH, Düsseldorf
50. GfE Metalle und Materialien GmbH, Nürnberg
51. GfE Umwelttechnik GmbH, Nürnberg
52. H. Kufferath GmbH Prüf- und Vorrichtungstechnik, Mühlheim- Ruhr
53. Herner Sparkasse, Herne
54. KME metal GmbH, Osnabrück
55. Casino Rheydt am Kabelwerk Gaststättenbetrieb GmbH & Co KG, Mönchengladbach
56. Mathys Orthopädie GmbH, Mörsdorf
57. LACROIX + KRESS GmbH, Arolsen
58. Lange & Co. Versicherungsvermittlungs-GmbH, Krefeld
59. Mobil Electric GmbH, Floß
60. Radio Frequency Systems GmbH, Hannover



61. Stadtwerke Herne AG, Herne
62. Turbo-Lufttechnik GmbH, Bad Hersfeld, Bad Hersfeld
63. United Silk Mills GmbH, Krefeld, Willich
64. Verseidag-Indutex GmbH, Krefeld
65. Clear Edge Germany GmbH, Krefeld
66. Voss-Biermann, Lawaczeck GmbH & Co. KG, Krefeld
67. WABAG Wassertechnische Anlagen GmbH, Kulmbach
68. Alcatel-Lucent Deutschland AG, Stuttgart Standorte/ Werke, sämtliche Betriebsstätten in der Bundesrepublik Deutschland, darunter insbesondere Berlin, Bonn, Darmstadt, Düsseldorf, Hannover, München, Neu Isenburg, Nürnberg
69. Alcatel-Lucent Holding GmbH, Stuttgart
70. Alcatel-SEL Finanz Beteiligungs- und Anlagegesellschaft mbH, Stuttgart
71. HP AL Enterprise Services (Germany) GmbH, Stuttgart
72. Thales Air Systems & Electron Devices GmbH, Stuttgart
73. Nokia GmbH, Bochum Standorte/ Werke sämtliche Betriebsstätten in der Bundesrepublik Deutschland, darunter insbesondere Bochum, Düsseldorf, Ulm
74. Harman Becker Automotive Systems (Straubing Division) GmbH, Straubing
75. Aksys GmbH, Krumbach
76. p s i Esslingen GmbH, Esslingen
77. Würth Elektronik FLATcomp Systems GmbH & Co.KG, Pforzheim
78. GRAETZ Strahlungsmesstechnik GmbH, Altena
79. JCI-Regelungstechnik GmbH, Essen
 1. Werk Essen
 2. Geschäftsstellen Aachen, Berlin, Dresden, Erfurt, Friedrichsdorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Köln, Mannheim, München, Neu Isenburg, Nürnberg, Stuttgart
80. Johnson Controls Integrated Facility Management GmbH & Co. KG, Essen



81. Johnson Controls Integrated Facility Management Verwaltungs GmbH, Essen
82. MediaTec Gesellschaft für Kommunikationstechnik GmbH, Pforzheim
83. Claus + Sigrist GmbH, Pforzheim
84. Ursula Brunswick, Straubenhardt
85. Jochen Hofmann, Esslingen
86. Rays of Joy GmbH, Pforzheim
87. T & S Telekommunikations GmbH, Berlin
88. ebm-Papst Landshut GmbH, Landshut
89. Thales Defence & Security Systems GmbH, Stuttgart
90. Sanmina-SCI-Germany GmbH, Gunzenhausen
91. SSC Service und Support Kirchhoff GmbH, Dortmund
92. NextiraOne Deutschland GmbH, Teltow
93. RFMD Germany GmbH, Nürnberg
94. ETO Sensoric KG, Nürnberg
95. EBE Elektro-Bau-Elemente GmbH, Nürnberg
96. Dunkermotoren GmbH, Bonndorf
97. Thales Transportation Systems GmbH, Stuttgart; Standorte/Werke: Berlin und Arnstadt
98. MEDA Pharma GmbH & Co KG; Bad Homburg v. d. Höhe
99. Mannesmann DEMAG Krauss-Maffei AG, München und Duisburg
100. SMS Demag AG, Mönchengladbach, Würzburg/Veitshöchheim
101. Technip Germany GmbH, Düsseldorf, Frankfurt, München, Stuttgart
102. AUNDE Achter & Ebels GmbH, Mönchengladbach
103. CompAir Drucklufttechnik GmbH, Simmern, Essen und Stuttgart
104. Demag Ergotech GmbH, Nürnberg/Schwaig, Jünkerath und Wiehe



105. DK Recycling und Roheisen GmbH, Duisburg
106. Gardner Denver Wittig GmbH, Schopfheim, Köln und Hannover
107. HTAG Häfen und Transport AG, Duisburg, Gustavsburg, Mannheim, Karlsruhe, Berlin
108. K. Jos. Otten GmbH & Co. KG, Mönchengladbach
109. Komatsu Mining Germany GmbH, Bierbach, Düsseldorf und Leipzig
110. MAB Anlagenbau Germany GmbH, München
111. Manntech Fassadenbefahrssysteme GmbH, Olching
112. Mannesmann Demag Gottwald GmbH, Düsseldorf
113. Terex Demag GmbH, Zweibrücken
114. Mannesmann Dematic GmbH Mobilkrane, Wallerscheid
115. Technica GmbH, Würzburg/Veitshöchheim
116. Technische Anlagen- und Rohrleitungsbau GmbH, Augsburg und Tannheim
117. Siemens Krauss-Maffei Lokomotiven GmbH, München
118. GLS Gesellschaft für logistischen Service mbH, München
119. Krauss-Maffei Kunststofftechnik GmbH, München, Treuchtlingen, Gütersloh, Weilheim/Teck, Siegburg
120. Mannesmann Plastics Machinery AG, München
121. Krauss-Maffei Wegmann GmbH & Co. KG, München, Feldkirchen/NB, Hammelburg, Stadtallendorf, Külsheim, Dornstadt, Fürstenau, Munster, Baumholder, Augustdorf
122. KraussMaffei AG, München
123. KraussMaffei Financial Services GmbH, München
124. KraussMaffei Technologies GmbH, München
125. Krauss-Maffei Dienstleistung GmbH, München
126. Siemens Linear Motor Systems GmbH & Co. KG, München
127. Westfalia Separator AG, Oelde, Niederahr, Stuttgart



128. Westfalia Landtechnik GmbH, Oelde, Herdecke
129. Mineraloilsystems GmbH, Oelde, Hamburg
130. Westfalia Landtechnik Deutschland GmbH, Oelde
131. Westfalia Separator Food Tec GmbH, Oelde
132. Westfalia Separator Industry GmbH, Oelde
133. Westfalia Separator Deutschland GmbH, Oelde
134. Westfalia Separator Umwelttechnik GmbH, Oelde
135. Advanced Centrifugal Equipment GmbH, Ennigerloh
136. Westfalia Separator Engineering GmbH, Oelde
137. Rheinkalk GmbH & Co. KG, Wülfrath, Wuppertal-Dornap, Hönnetal, Salzhemmendorf
138. ENTRELEC-FANAL GmbH, Wuppertal
139. Holcim (Deutschland) AG
140. Steinbeis Papier GmbH
141. Basell Polyolefine GmbH Wesseling (Standorte Frankfurt/M., Hürth-Knapsack, Münchsmünster)
142. Basell Deutschland GmbH Wesseling
143. TRV Thermische Rückstandsverwertung GmbH & Co. KG in Wesseling

Anlage zu § 2 der Satzung

- (1) Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) in der jeweils gültigen Fassung

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

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

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab nach dem BRKG zu kürzen.

1.2 Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten 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 bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economyclass (Touristenklasse),
- c) für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 BRKG jeweils geltenden Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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 Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70,00 Euro.

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.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

(2) Besondere Entschädigungen für den/die Vorsitzende/n und den/die stellvertretende/n Vorsitzende/n des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der/ die Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende erhält für die Wahrnehmung seiner/ ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 400,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.



2. Auslagenersatz

Die dem/r Vorsitzenden und dem/r stellvertretenden Vorsitzenden für seine/ ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen, mit Ausnahme von Reisekosten, werden durch einen monatlichen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten.

Der monatliche Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen. Der Pauschbetrag beträgt für den/ die Vorsitzende/n und stellvertretende/n Vorsitzende/n 65,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

(3) Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach (1) Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage 3 zu § 10 der Satzung

§ 1 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

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

§ 2 Erstattungsanspruch aus dem Umlageverfahren U1

Die BKK-VBU erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern – mit Ausnahme der in den §§ 11 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen – auf Antrag 70 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraums fortgezählten Arbeitsentgelts. Hiermit werden auch die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG abgegolten. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gehört nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer werden höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

§ 3 Erstattungsanspruch aus dem Umlageverfahren U2

Die BKK-VBU erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern - mit Ausnahme der in den §§ 11 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen - 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 getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 11 des MuschG gezahlten und in der Höhe auf die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung begrenzten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 4 Aufbringung der Mittel

- (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) Die Mittel für die Umlageverfahren werden als Sondervermögen verwaltet. 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).

§ 5 Umlagesätze

- (1) Der Umlagesatz U1 beträgt 2,4 v. H.
- (2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,41 v. H.

§ 6 Fälligkeit der Umlagen

Die Umlagen sind zum gleichen Termin wie die Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, fällig (§ 23 Abs. 1 SGB IV).

§ 7 Organe, ihre Zusammensetzung und Aufgaben

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat (§ 2 der Satzung) nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG).
- (2) Den Vorsitz führt der im Verwaltungsrat als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender amtierende Vertreter der Arbeitgeber. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- (3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze nach § 9 Abs. 1 AAG zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen, die Jahresrechnung abzunehmen und für die Prüfung der Jahresrechnung über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

§ 8 Widerspruchsausschuss

- (1) § 4 der Satzung gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens der Widerspruchsausschuss aus zwei Mitgliedern der Arbeitgebervertreter zusammensetzt. Die übrigen Bestimmungen gelten entsprechend.
- (2) Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 9 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 4 AAG).

§ 10 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 4 AAG).

§ 11 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung

§ 3 der Satzung gilt entsprechend.

Anlage 4 zu § 15 (1) der Satzung

Katalog der zuschussfähigen Leistungen für Bonusvariante 2

1. Privaten Versicherungen folgender Versicherungsarten:

- Krankenzusatzversicherung (ambulant, stationär, Heil- und Hilfsmittel)
- Pflegezusatzversicherung
- Unfallversicherung
- Zahnzusatzversicherung
-

2. Sportmedizinische Untersuchung:

Alle zwei Jahre Fitness-Check bei einem Sportmediziner oder in einer universitären sportmedizinischen Einrichtung. Eine Laktat-Leistungsdiagnostik wird nur bei Ärzten mit ausgewiesenem Zertifikat Laktat-Leistungsdiagnostik berücksichtigt.