

**Satzung**  
**der**  
**BKK Vital**

**Stand: 01.01.2003 inkl. aller Änderungen bis 01.04.2010**

# Übersicht zur Satzung

## **Artikel I**

### Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 3a Versichertenälteste
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Beitragsrückzahlung
- § 9 Beitragssätze
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Erhebung von Mahngebühren
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 13a Modellvorhaben Akupunktur
- § 13b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 13c Modellvorhaben zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 14a Kooperation mit der PKV
- § 15 Aufsicht
- § 16 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 17 Bekanntmachungen

## **Artikel II**

### Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

## **Artikel I**

### **Inhalt der Satzung**

#### **§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**

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

#### **BKK Vital.**

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2003. Sie ist hervorgegangen aus der Fusion der bisherigen BKK Vital mit der BKK Boesner.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Trägerunternehmen der bisherigen Betriebskrankenkassen:

Joh. A. Benckiser GmbH, Ludwigshafen  
Benckiser Deutschland GmbH, Ladenburg  
Benckiser Produktions GmbH, Ladenburg  
Propack Produkte für Haushalt und Körperpflege GmbH, Ladenburg  
Benckiser Service GmbH, Ludwigshafen  
Jungbunzlauer GmbH, Ladenburg  
Kleencare Hygiene GmbH, Ladenburg

BK Giulini Chemie GmbH & Co. OHG, Ludwigshafen  
Giulini Chemie GmbH, Ludwigshafen  
Alcan Aluminiumwerke GmbH, Ludwigshafen  
Palatia Dünger GmbH, Ludwigshafen  
Amsterdam Fertilizers Deutschland GmbH, Ludwigshafen  
Amsterdam Fertilizers Dünger Handels-GmbH, Ludwigshafen  
Alcoa Europe Ltd., Ludwigshafen

KHS Maschinen- und Anlagenbau AG, Worms-Pfeddersheim  
KHS Maschinen- und Anlagenbau AG, Bad Kreuznach  
KHS Maschinen- und Anlagenbau AG, Dortmund

Julius Glatz GmbH, Neidenfels  
Hoffmann & Engelmann AG, Neustadt/Weinstraße  
Hoffmann & Engelmann - Verwaltungs GmbH, Neustadt/Weinstraße  
Paper Point Süd GmbH, Frankeneck

TWD Kuag GmbH, Konz

Werk Boesner der Textron Verbindungstechnik GmbH & Co OHG, Neuwied

Der Bereich der BKK erstreckt sich auch auf die Regionen

Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe.

§ 2 Verwaltungsrat – ab 01.01.2004 wie folgt geändert:

## **§ 2 Verwaltungsrat**

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

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

Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Er hat bei

0 bis 20 Versicherten	1 Stimme,
21 bis 50 Versicherten	2 Stimmen,
51 bis 100 Versicherten	3 Stimmen

und je weiteren 1 bis 50 Versicherten eine weitere Stimme bis zur Höchstzahl von 20 Stimmen.

Wählbar und wahlberechtigt ist nicht, wer am Tag der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht gezahlt hat.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 8 Versichertenvertreter und 8 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgeber hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
8. die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
  
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
  
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
  
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates anwesend und stimmberechtigt ist.
  
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
  
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

## **§ 3 Vorstand**

§ 3 Abs. I. Vorstand – ab 01.01.2009 wie folgt geändert:

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

Der Vorstand kann im Einzelfall bestimmen, dass einzelne Vorstandsmitglieder die Betriebskrankenkasse vertreten.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

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



Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr.

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
  7. eine Kassenordnung aufzustellen,
  8. die Beiträge einzuziehen,
  9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
  10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

## **§ 3a Versichertenälteste**

1. Für die Betriebsstätten Bad Kreuznach, Dortmund, Konz, Ladenburg, Ludwigshafen, Neidenfels, Neustadt, Neuwied und Worms werden vom Verwaltungsrat je ein Versichertenältester gewählt. Ein Versichertenältester, der an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
2. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
3. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der BKK mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der BKK an die Versicherten, die Unterstützung der BKK bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Unterstützung der Versicherten bei Leistungsanträgen, ggf. in Widerspruchsverfahren.

## **§ 4 Widerspruchsausschuss**

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen .
  
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
  
  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. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  
  5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
  
  6. Ein Mitglied des Vorstandes oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
  
- IV. Der Widerspruchsschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4 OWiG wahr.

## **§ 5 Kreis der versicherten Personen**

### **I. Versicherungspflichtige Mitglieder**

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte; als Beschäftigte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Leistungsempfänger nach dem SGB III nach dessen näherer Bestimmung,
3. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
4. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
5. 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,
6. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
7. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen beschäftigt sind,
8. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind,

9. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten,
10. Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben und die Voraussetzungen für den Rentenbezug erfüllen,
11. Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, die für die Versicherungspflicht geforderten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen.

## II. Freiwillige Mitglieder

Die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach Abs. I Nr. 11 werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Familienversicherung endet oder bei Kindern nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nr. 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet,
4. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren 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 endete,

III. Die in Absatz I und II genannten Personen können, sofern sie das 15. Lebensjahr vollendet haben, die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

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

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

## **§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft**

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
- II. Abs. I gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht.
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

- I. Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen - §§ 223, 226, 228 bis 240 SGB V und § 23 a SGB IV - der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.
- II. Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze zu berücksichtigen.
- III. Für folgende Gruppen gelten die nachstehenden Sonderregelungen:

1. Freiwillige Mitglieder

- a) Die Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder richtet sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird bestimmt durch alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Es sind mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind.

Beitragspflichtige Einnahmen sind Arbeitsentgelt (laufendes und einmalig gezahltes), Vorruhestandsgeld, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen sowie alle übrigen Einnahmen.

Die voraussichtlichen Jahreseinnahmen sind zu zwölfteln.



- b) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen (vgl. Buchst. a) bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer den Höchstbeitrag übersteigenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.
  
- c) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Dies gilt nicht für freiwillige Mitglieder, 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 neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied oder familienversichert waren. Bis zum 31. Dezember 1988 steht die Zeit der Ehe mit einem Mitglied der Mitgliedszeit gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.
  
- d) Bei freiwillig versicherten Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem LPartG ohne eigene Einnahmen ist für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen von den Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners nach dem LPartG auszugehen, soweit sie die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten. Soweit keine Kinder im Sinne von Satz 5 vorhanden sind, gelten als beitragspflichtige Einnahmen der kalendertägliche Teil der Hälfte der Bruttoeinnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem LPartG, höchstens jedoch der kalendertägliche Teil der Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze. Verfügt der freiwillig versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nach dem LPartG über eigene Einnahmen, werden diese, mindestens aber die Hälfte der Bruttoeinnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem LPartG, die auf die Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze zu begrenzen sind, als beitragspflichtige Einnahmen festgesetzt. Ist der Ehegatte oder Lebenspartner nach dem LPartG des freiwilligen Mitglieds bei

einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bleiben dessen Einnahmen unberücksichtigt.

Bei gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kindern ohne eigene Einnahmen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, ist von den monatlichen Bruttoeinnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem LPartG für jedes Kind ein Betrag in Höhe von 1/3 der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.

- e) Sofern dem freiwillig Versicherten Unterhalt von seinem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten geleistet wird, gelten die Unterhaltsleistungen in tatsächlicher Höhe als beitragspflichtige Einnahmen; dies gilt auch bei getrennt lebenden Lebenspartnern nach dem LPartG sowie bei Lebenspartnern, deren Lebenspartnerschaft aufgehoben wurde.
- f) Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger werden die Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) erhoben. Höhere Einnahmen sind von dem Versicherten nachzuweisen und bei der Beitragserhebung zu berücksichtigen.
- g) Für hauptberuflich selbständig Tätige gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.
- h) Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind, gelten die für versicherungspflichtige Studenten maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlagen und der sich daraus ergebende Beitrag.

- i) Für freiwillige Mitglieder gilt als beitragspflichtige Einnahme 1/10 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, solange für sie und ihre nach § 5 Abs. IV versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs.1 Nr. 3 SGB V ruht. Dies gilt entsprechend für freiwillig versicherte entsandte Arbeitnehmer, wenn deren Krankenversicherungsschutz und der ihrer Familienangehörigen während des beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes und vorübergehender Aufenthalte im Inland vom inländischen Arbeitgeber in vollem Umfang über eine private Krankenversicherung sichergestellt ist. Für die Dauer der Beitragseinstufung nach den Sätzen 1 und 2 bestehen keine Ansprüche auf Leistungen. Die Sätze 2 und 3 gelten auch bei Entsendung in einen EWR- oder Abkommensstaat. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn sich im Inland nach § 5 Abs. IV versicherte Familienangehörige befinden.
  
- j) Für die Bemessung der Beiträge freiwilliger Mitglieder gelten als beitragspflichtige Einnahmen auch Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V sowie entsprechende Leistungen von Versicherungsgesellschaften. Als Einnahmen in diesem Sinne gelten sowohl laufende Geldleistungen (Renten) als auch nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen (Kapitalauszahlungen). Für die Beitragsbemessung bei nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen ist der zu berücksichtigende Einmalbetrag auf die Monate umzulegen/aufzuteilen, für die dieser gezahlt wird. Für Einmalbeträge, die keinem abgrenzbaren Zeitraum zuzuordnen sind, gilt ein Hundertzwanzigstel der zu berücksichtigenden Leistung als monatliche beitragspflichtige Einnahme, längstens für die Dauer von 120 Monaten, beginnend mit dem 1. des auf die Auszahlung folgenden Kalendermonats.
  
- k) Einmalige Leistungen, die im Laufe eines Jahres voraussichtlich bezogen werden und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen, werden ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt des Zuflusses monatlich mit einem Zwölftel berücksichtigt. Einmalige Leistungen, die nicht im Voraus zu erwarten sind, werden auf die kommenden zwölf Kalendermonate, gerechnet vom Zeitpunkt des Zuflusses, umgelegt.

## 2. Rentenantragsteller, Schwangere

Für Rentenantragsteller sowie für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist.

§ 8a Beitragsrückzahlung – ab 01.01.2004 neu eingeführt:

## § 8a Beitragsrückzahlung

- I. Freiwillig versicherte Arbeitnehmer und hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die im abgelaufenen Kalenderjahr ohne Unterbrechung bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Beitragsrückzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben und zum Zeitpunkt des Antrags auf Beitragsrückzahlung Mitglied der Betriebskrankenkasse sind.
  
- II. Für die Beitragsrückzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
  - Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 22 SGB V)
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
  - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Ebenfalls unschädlich für die Beitragserstattung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
  
- III. Der jährliche Rückzahlungsbetrag beträgt
  - für das 1. Kalenderjahr ein Sechstel,
  - für das 2. Kalenderjahr zwei Sechstel,
  - für das 3. Kalenderjahr drei Sechstel

des jeweils im Kalenderjahr gezahlten durchschnittlichen monatlichen Krankenversicherungsbeitrages und umfasst auch die nicht vom Mitglied getragenen Beitragsanteile.
  
- IV. Die Beitragsrückzahlung ist innerhalb von 6 Kalendermonaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, zu beantragen. Eine Beitragsrückzahlung ist ausgeschlossen, sofern Versicherte für das abgelaufene Kalenderjahr eine Kostenerstattung mit Selbstbehalt gewählt haben.

§ 9 Beitragssätze – ab 01.05.2008 wie folgt geändert:

## **§ 9 Beitragssätze**

Der Beitrag wird in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt.

I. Er beträgt, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241 a SGB V, allgemein 14,4 v. H.

II. Er wird abweichend davon festgesetzt:

1. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241 a SGB V, auf 14,9 v. H.

2. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, soweit gesetzlich nichts Abweichendes geregelt ist, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241 a SGB V, auf 13,5 v. H.

II. Für Mitglieder gilt gemäß § 241 a SGB V ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. Satz 1 gilt nicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen (§ 241 a Abs. 2 SGB V).

## **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

- I.
  1. Gesamtsozialversicherungsbeiträge aus Arbeitsentgelt sind am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die Beschäftigung, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt.
  2. Beiträge, die nach dem erzielten Arbeitsentgelt zu bemessen sind, werden spätestens am 25. eines Monats fällig, wenn das Arbeitsentgelt bis zum 15. dieses Monats fällig geworden ist. Fällt der 25. eines Monats nicht auf einen Arbeitstag, werden die Beiträge am letzten banküblichen Arbeitstag davor fällig.
  3. Wird das Arbeitsentgelt betriebsüblich erst nach dem 10. des Monats abgerechnet, der dem Monat folgt, in dem die Beschäftigung ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt, sind Beiträge in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die Beschäftigung, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt. Ein verbleibender Restbetrag wird eine Woche nach dem betriebsüblichen Abrechnungstermin fällig.
- II. Beiträge zur Krankenversicherung der Studenten sind für das Semester im voraus zu zahlen. Die Beiträge können abweichend von Satz 1 monatlich gezahlt werden, wenn die Beitragszahlung durch Vorlage einer Einzugsermächtigung oder eines Dauerauftrages gesichert ist.
- III. Sonstige Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

## **§ 10a Erhebung von Mahngebühren**

Im Rahmen von §§ 22 Abs. 2, 83 LVwVG in Verbindung mit § 2 LVwVGKostO wird eine pauschale Mahngebühr erhoben. Die Berechnung der Mahngebühr ergibt sich aus der der LVwVGKostO anliegenden Tabelle in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 11 Höhe der Rücklage – ab 01.01.2009 wie folgt geändert:

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

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



§ 12 Leistungen -- ab 01.01.2004 wie folgt geändert:

## **§ 12 Leistungen**

### **I. Allgemeiner Leistungsumfang**

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

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

### **II. Häusliche Krankenpflege**

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat 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 6 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

### **III. Haushaltshilfe**

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn 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 wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen gewährt.

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

#### **IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

#### **V. Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz**

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitglieder entsteht der Anspruch auf Krankengeld mit Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn die Mitglieder gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgegeben haben.

#### **VI. Hospiz-Betreuung**

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen pal-

liativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 6 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

## **VII. Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
4. Der Versicherte ist mindestens für ein Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich widerrufen.
5. Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v.H. je Kostenerstattungsfall, mindestens EUR 2,50 und maximal EUR 40,00 für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung je Kostenerstattungsfall zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

## **VIII Selbstbehalt**

1. Freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung nach Absatz VII Nr. 1 – 5 gewählt haben, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 300,00 EUR oder in Höhe von 600,00 EUR übernehmen.

2. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
  - Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 22 SGB V)
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
  - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

3. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der für den Erstattungszeitraum gezahlten Beiträge. Der Erstattungsbetrag beträgt bei einem Selbstbehalt von 300,00 EUR 240,00 EUR und bei einem Selbstbehalt von 600,00 EUR 480,00 EUR. Der insgesamt für ein Jahr zu zahlende Erstattungsbetrag darf den jährlichen Selbstbehalt nicht überschreiten. Die Zahlung erfolgt jährlich.
4. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalenderjahres. Sie kann jeweils zum Ablauf eines Kalenderjahres aufgehoben werden.
5. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt sind der Betriebskrankenkasse die Krankenversichertenkarten des Mitglieds und der nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auszuhändigen.
6. Bei der Erstattung der Kosten wird der Selbstbehalt in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter Abs. VII Ziffern 1 bis 5 beschriebene Verfahren.

## **IX. Teilkostenerstattung**

1. Angestellte von Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung gilt, und Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, können anstelle der Sach-

oder Dienstleistungen Teilkostenerstattung wählen. Erstattungsfähig sind nur Leistungen, die ihrer Art nach Kassenleistungen darstellen.

2. Die in Anspruch genommenen Leistungen sowie die Erstattung der beihilfefähigen Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen.
3. Grundlage für die Erstattung sind die Kosten in der Höhe, wie sie beihilfefähig sind höchstens jedoch die Kosten, die der Betriebskrankenkasse entstanden wären, wenn sie Sachleistungen gewährt hätte.

Die Erstattung beträgt :

a) für einen Beihilfeberechtigten mit einem Beihilfebemessungssatz von:

- von 50 v.H.: 50 v.H.
- von 70 v.H.: 30 v.H.

b) für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten: 30 v.H.

c) für ein berücksichtigungsfähiges Kind: 20 v.H.

4. Der Antrag auf Teilkostenerstattung ist schriftlich einzureichen. Die Entscheidung wirkt für die Dauer von zwei Jahren ab Eingang des Antrages bei der Betriebskrankenkasse und wirkt auch für die nach § 5 Abs. IV versicherten Familienangehörigen. Sie kann innerhalb der Zwei-Jahres-Frist nicht widerrufen werden.
5. Der nach § 10 dieser Satzung maßgebliche Beitragssatz wird
  - a) bei einem Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten von 50 v.H. auf 50 v.H.,
  - b) bei einem Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten von 70 v.H. auf 30 v.H. ermäßigt.

§ 12 a Primärprävention --- ab 01.01.2007 wie folgt geändert:

## **§ 12a Primärprävention**

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung Leistungen zur primären Prävention mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

Maßnahmen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion:

Präventives Herz-Kreislauf-Training

Maßnahmen zur Förderung des Muskel-Skelettsystems:

Präventives Muskelaufbau-Training

Ernährung:

Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung:

Kurs zur ausgewogenen Ernährung

Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht:

Gewichtsreduktions-Kurs

Stressreduktion/Entspannung:

Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger

Krankheiten: Stressreduktions-Training

Genuss- und Suchtmittelkonsum:

Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs:

Kurs zur Nikotin-Entwöhnung

Kurs zur Alkoholreduktion

Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten

Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern werden, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung die angemessenen marktüblichen Kosten bis zu EUR 300,00 je Kalenderjahr erstattet.

## **§ 12b Schutzimpfungen**

Die Kosten für Schutzimpfungen übernimmt die Betriebskrankenkasse im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit die Betriebskrankenkasse beigetreten ist, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind.

Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der Kosten, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt, die Impfung im Rahmen der Verträge zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden kann oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist.

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

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich EUR 13,00.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss EUR 21,00.



## § 13 a Modellvorhaben Akupunktur

- I. Den Versicherten der Betriebskrankenkasse können nach Maßgabe der mit den Leistungserbringern nach § 64 SGB V getroffenen Vereinbarungen ambulante Akupunkturbehandlungen auf der Grundlage des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000 über die am Modellvorhaben beteiligten Ärzte zur Verfügung gestellt werden bei folgenden Indikationen:
  - chronische Kopfschmerzen
  - chronische Lendenwirbelsäulenschmerzen und
  - chronische Schmerzen bei empfindlichen Gelenkserkrankungen (Osteoarthritis).
  
- II. Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich an dem Modellvorhaben des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, welches dem Ziel dient, die Akupunktur bei den genannten Indikationen wissenschaftlich dahingehend zu bewerten, ob die Bedingungen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit als Voraussetzungen für die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind.

Für die Ausgestaltung des Modellvorhabens, insbesondere hinsichtlich

- des Studiendesigns,
- der Voraussetzungen für die Versicherten zur Teilnahme,
- der zeitlichen Befristung und
- der Auswertung des Modellvorhabens

gelten die in der Vereinbarung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen mit der Ruhr-Universität Bochum festgelegten Regelungen, die Bestandteil dieser Satzung sind.

- III. Die Leistungserbringung erfolgt im Wege der Kostenerstattung. Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass die Akupunkturbehandlung von einem Arzt erbracht wird, der die definierten Qualitätsanforderungen erfüllt und als Vertragsarzt zugelassen ist. Die Qualitätsanforderungen sowie die Höhe der Kostenerstattung und die Anzahl der Behandlungseinheiten werden in den Verträgen mit den Leistungserbringern nach § 64 SGB V festgelegt.

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten – ab 01.01.2007 wie folgt geändert:

## **§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf den Bonus I, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die folgenden Punkte innerhalb eines Kalenderjahres vollständig nachweisen:
  1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
  2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
  3. Der Versicherte nimmt jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
  4. Der Versicherte erfüllt die Voraussetzungen zur Erhöhung des Zuschusses beim Zahnersatz (§ 55 Abs. 1 Satz 3 SGB V).
  5. Der Versicherte nimmt mindestens eine der Schutzimpfungen nach § 12b in Anspruch.

Der Bonus I wird dem Versicherten in Höhe von EUR 100,00 nach Ablauf des Kalenderjahres gezahlt, wenn die Voraussetzungen nachgewiesen wurden.

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten Abs. II – ab 01.04.2010 wie folgt geändert:

- II. Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm gem. § 137 f SGB V teilnehmen, haben Anspruch auf den Bonus II. Dieser wird dem Versicherten ab 01.05.2004 in Form einer Ermäßigung in Höhe von 100 v. H. der nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V und nach § 61 SGB V zu leistenden Zuzahlungen gewährt. Der Anspruch auf Bonus II endet zum 31.03.2010.
- III. Versicherte, die an einer integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V teilnehmen, haben Anspruch auf den Bonus III. Dieser wird dem Versicherten in Form einer Ermäßigung für Zuzahlungen nach § 61 SGB V, die in diesem Zusammenhang anfallen, in Höhe von 50 v.H. gewährt.

§ 13 c Modellvorhaben zur Durchführung Strukturierter Behandlungsprogramme --- ab 20.06.2003 neu eingeführt:

### **§ 13 c Modellvorhaben zur Durchführung Strukturierter Behandlungsprogramme**

Die BKK Vital führt (ggf. bundesweit) folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

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

Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmzulassung und enden mit Ablauf der Befristung, im Regelfall längstens nach acht Jahren.

§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme -- ab 01.04.2010 neu eingefügt:

## **§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

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

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

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

II Versicherten, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

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

ermäßigt die Betriebskrankenkasse ab 01.04.2010 im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB

V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40,00 € im Jahr.

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

## **§ 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder**

- (I. Für die in § 5 Abs. II bezeichneten Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen soweit Absatz II und Absatz III nichts anderes vorsehen.
- II. Freiwillig versicherte selbständig Tätige, die wegen Arbeitsunfähigkeit ihrer Tätigkeit nicht nachgehen können, können beantragen, dass ein Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit besteht.

Der Antrag wirkt von Beginn der Mitgliedschaft an, wenn er mit der Beitrittserklärung gestellt wird. Bei Antragstellung zu einem späteren Zeitpunkt tritt die Wirkung des Antrages mit Beginn des 3. auf die Antragstellung folgenden Kalendermonats ein. Besteht zum Zeitpunkt des Beitritts oder bei Wirkung des Antrages mit Beginn des 3. auf die Antragstellung folgenden Kalendermonats Arbeitsunfähigkeit, besteht für diese Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Bei Widerruf endet der Krankengeldanspruch mit Ablauf des Kalendermonats in dem der Widerruf bei der Betriebskrankenkasse eingeht.

- III. Für die in § 5 Abs. II bezeichneten, mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, bleibt der Anspruch auf Krankengeld längstens für einen Monat, im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung erhalten.

§ 14 a Kooperation mit der PKV --- ab 01.01.2004 neu eingeführt:

## **§ 14 a Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.



## **§ 15 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung.

## **§ 16 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Essenheimer Straße 126, 55128 Mainz-Bretzenheim, als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

## **§ 17 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in den Betrieben, auf die sich die Betriebskrankenkasse gemäß § 1 Abs. II erstreckt, außerdem durch Bekanntgabe im Bundesanzeiger.

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

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