

# **Satzung der energie-Betriebskrankenkasse**

**gültig ab**

**1. August 2009**

Stand:

Nachtrag Nummer 12,  
genehmigt vom BVA am 10. Februar 2016,  
Inkrafttreten zum 1. April 2016

## Präambel

Die energie-BKK ist die Krankenkasse für Familie und Partnerunternehmen. Sie ist der aktive Partner ihrer Versicherten bei der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie der Behandlung von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Ihr Handeln richtet sich nach dem Bedarf und den Interessen ihrer Versicherten, soweit es Gesetz und andere rechtliche Normen ermöglichen. Die energie-BKK fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Versicherten am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt. Sie trägt damit zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Umwelt bei. Sie unterstützt ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzleistungen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind. Die energie-BKK wird jetzt und in Zukunft ein hohes Maß an Qualität bei ihren Leistungen erbringen. Sie geht verantwortlich mit den Beiträgen ihrer Versicherten und Arbeitgeber um und wirtschaftet kostenbewusst. Die energie-BKK ist Partner der Unternehmen in allen Fragen der Sozialversicherung und Gesundheitsförderung. Die energie-BKK motiviert und qualifiziert ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Versicherten, Arbeitgebern und Vertragspartnern. Sie fördert Eigeninitiative, Kreativität und berufliches Weiterkommen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ermöglicht eine schöpferische Kooperation. Unsere Versicherten, die Partnerunternehmen sowie die Vertragspartner erhalten damit die Gelegenheit, unser Handeln an diesen Grundsätzen zu messen.

Das Leitmotiv der energie-BKK lautet:

**„Unsere Energie für Ihre Gesundheit“**

# Übersicht zur Satzung

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

§	1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§	2 Verwaltungsrat	7
§	3 Vorstand	10
§	4 Widerspruchsausschuss	12
§	5 Kreis der versicherten Personen	14
§	6 Kündigung der Mitgliedschaft	15
§	7 Aufbringung der Mittel	17
§	8 Bemessung der Beiträge	17
§	9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	18
§	9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	18
§	10 Fälligkeit der Beiträge	19
§	10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen	20
§	11 Höhe der Rücklage	21
§	12 Leistungen	21
§	12a Primärprävention	33
§	12b Schutzimpfungen	34
§	12c Leistungsausschluss	35
§	13 Medizinische Vorsorgeleistungen	36
§	13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	36
§	13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	38
§	13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	39
§	13d Wahltarif integrierte Versorgung	40
§	14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	41
§	15 Wahltarife Krankengeld	45
§	16 Kooperation mit der PKV	46
§	17 Aufsicht	46
§	18 Mitgliedschaft zum Landesverband	46
§	19 Bekanntmachungen	47

## **Artikel II**

Inkrafttreten 56

## **Artikel III Nachtrag**

Anlage zu § 2 der Satzung      Entschädigungsregelung 57

# 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 energie-Betriebskrankenkasse (Kurzform: energie-BKK).

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2001.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Hannover.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Unternehmen

1. E.ON Avacon AG, Helmstedt
2. E.ON Facility Management GmbH, München
3. E.ON edis AG, Fürstenwalde
4. e.distherm Wärmedienstleistungen GmbH, Potsdam
5. Mark-E AG, Hagen
6. E.ON Aqua GmbH, Berlin
7. E.ON Energie AG, München
8. E.ON Energie Immobilien GmbH, München
9. E.ON Energy Projects GmbH, München
10. E.ON Engineering GmbH, Gelsenkirchen
11. E.ON Hanse AG, Quickborn<sup>1</sup>
12. E.ON Kernkraft GmbH, Hannover
13. E.ON Kraftwerke GmbH, Hannover
14. E.ON Mitte AG, Kassel
15. E.ON Netz GmbH, Bayreuth
16. E.ON Anlagenservice GmbH, Gelsenkirchen
17. E.ON Wasserkraft GmbH, Landshut
18. E.ON Westfalen Weser AG, Paderborn<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Nachgenehmigung mit BVA-Bescheid vom 23.06.2010

<sup>2</sup> Nachgenehmigung mit BVA-Bescheid vom 23.06.2010

19. E-Plus Mobilfunk GmbH & Co. KG, Düsseldorf, mit den dazu gehörenden im gesamten Bundesgebiet angeschlossenen unselbständigen Betriebsstätten
20. E.ON IS GmbH, Hannover
21. E.ON Bayern AG, Regensburg
22. e.discom Telekommunikation GmbH, Rostock
23. Purena GmbH, Braunschweig
24. RuhrEnergie GmbH, Gelsenkirchen
25. e.serv Personaldienste GmbH, Potsdam
26. Wiesmoor-Gärtnerei und Baumschule GmbH, Wiesmoor
27. E.ON Mitte Wärme Göttingen GmbH, Göttingen
28. e.disnatur Erneuerbare Energien GmbH, Potsdam
29. Service Plus Entsorgung + Umwelt GmbH, Neumünster
30. RegioCom GmbH, Barleben
31. E.ON Mitte Wärme GmbH, Kassel
32. Kraftwerks- und Netzgesellschaft mbh, Berlin

III Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich darüber hinaus auch auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

## § 2 Verwaltungsrat

- I
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
  
- II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 15 Versichertenvertreter und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter 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 Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.

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 anwesend und stimmberechtigt ist.

VIII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.



IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

## **§ 3 Vorstand**

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 hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

## § 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Er nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Hannover.

- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 8 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK und 1 Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit entsprechender Stimmenanzahl.
  2. Im Verhinderungsfall werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses durch Listenstellvertreter vertreten. Die Liste der Stellvertreter umfasst acht<sup>3</sup> Versicherten- und einen Arbeitgebervertreter.
  3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
  4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses gewählt. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

---

<sup>3</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 10, genehmigt vom BVA am 13.07.2015, Inkrafttreten am 15.07.2015

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- 7.<sup>4</sup> Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- III Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen oder der Bußgeldbescheid als bestätigt.
- IV Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

---

<sup>4</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 10, genehmigt vom BVA am 13.07.2015, Inkrafttreten am 15.07.2015

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

I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

II Nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II<sup>5</sup> Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.
- Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

---

<sup>5</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 9, genehmigt vom BVA am 17.12.2014, Inkrafttreten zum 01.01.2015

IV<sup>6 7</sup> Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 15 Absätze XV oder XVI, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

---

<sup>6</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 2, genehmigt vom BVA am 11.02.2011, Inkrafttreten zum 01.01.2011

<sup>7</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014



## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

8

---

<sup>8</sup> § 8a „Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge“ gestrichen durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

## **§ 9<sup>9</sup> Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 %<sup>10</sup> monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## **§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nummer 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die energie-BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

---

<sup>9</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 9, genehmigt vom BVA am 17.12.2014, Inkrafttreten zum 01.01.2015

<sup>10</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 11, genehmigt vom BVA am 17.12.2015, Inkrafttreten zum 01.01.2016

## § 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

- II<sup>11</sup> Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III<sup>12</sup> Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig.

---

<sup>11</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 9, genehmigt vom BVA am 17.12.2014, Inkrafttreten am 01.01.2015

<sup>12</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 9, genehmigt vom BVA am 17.12.2014, Inkrafttreten am 01.01.2015

## § 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen<sup>13</sup>

### I Beitragsvorschüsse

- a) Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
  - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
  - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
  - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je einen Monat gefordert werden.  
Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zu bestimmen.

---

<sup>13</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 10, genehmigt vom BVA am 13.07.2015, Inkrafttreten am 15.07.2015

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.<sup>14</sup>

## **§ 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 einer Krankheit
- 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.

---

<sup>14</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 8, genehmigt vom BVA am 30.10.2014, Inkrafttreten zum 06.11.2014

## II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn 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 maximal 12 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.<sup>15</sup>

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 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 nicht möglich ist.
2. Die Leistung wird je Krankheitsfall für einen Zeitraum bis zu 12 Wochen innerhalb eines Jahres gewährt, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn und soweit Ansprüche im Sinne des SGB XI bestehen.
3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

---

<sup>15</sup> Satz 2 geändert durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

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

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

#### **V Kostenerstattung<sup>16</sup>**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

---

<sup>16</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 3, genehmigt vom BVA am 29.08.2011, Inkrafttreten zum 01.01.2011

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte.
6. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen.

Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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



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

## **VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel<sup>17</sup>**

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

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

§ 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

---

<sup>17</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 3, genehmigt vom BVA am 29.08.2011, Inkrafttreten zum 01.01.2011

## VII **Zusätzliche Satzungsleistungen**<sup>18</sup>

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

- der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V),
- der Heilmittel (§ 32 SGB V),
- der nicht zugelassenen Leistungserbringer,
- der zahnärztlichen Behandlung (§ 28 Absatz 2 SGB V),
- der medizinischen Vorsorge (§ 23 SGB V),
- der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer (§ 24d SGB V).

Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.<sup>19</sup>

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

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
  - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
  - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
  - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel jedoch maximal bis zu einem Betrag von 120,00 Euro insgesamt pro Kalenderjahr und Versicherten.

---

<sup>18</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 4, genehmigt vom BVA am 01.08.2012, Inkrafttreten zum 01.07.2012

<sup>19</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

## **B. Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln für schwangere Versicherte**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die während einer Schwangerschaft entstandenen Kosten für die folgenden nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel:
  - Folsäure
  - Vitamin B 12
  - Jod.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass

- a) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
  - b) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel jedoch maximal bis zu einem Betrag von 60,00 Euro insgesamt pro Jahr und Versicherter.
  3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

### **C. Leistungen der stationären Behandlung aus dem Bereich der nicht zugelassenen Leistungserbringer**

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung entsprechend § 39 Absatz 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
  - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
  - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
  - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
  - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Betriebskrankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
  - e) die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
  
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen. Mit der Zustimmung nach Nummer 1 Buchstabe e erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzungen der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Betriebskrankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.“

### **D.<sup>20</sup> Leistungen der Psychotherapie aus dem Bereich der nicht zugelassenen Leistungserbringer**

1. Versicherte können unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung psychotherapeutische Leistungen bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten oder vergleichbar qualifizierten Therapeuten in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der einen Nachweis über seine psychotherapeutische Qualifikation erbringt.
  
2. Die Therapie soll als kurzfristige Intervention bei der Bewältigung einer akuten Krisensituation unterstützen und bei Bedarf mit dem Übergang zu einer psychotherapeutischen Kurz-

---

<sup>20</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

oder Langzeittherapie, ggf. mit Kontaktvermittlung zu einem anderen Leistungsanbieter, enden.

3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer je Kalenderjahr und Versicherten. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 50,00 Euro pro Sitzung.
4. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

#### **E.<sup>21</sup> Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Professionelle Zahnreinigung**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der professionellen Zahnreinigung durch einen Zahnarzt für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr für maximal zwei Sitzungen insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 25,00 Euro pro Sitzung.<sup>22</sup>
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

#### **F.<sup>23</sup> Leistungen der zahnärztlichen Behandlung - Fissurenversiegelung der Prämolaren**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Fissurenversiegelung der Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss durch einen Zahnarzt für Versicherte vom 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

---

<sup>21</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

<sup>22</sup> Nr. 2 geändert durch Nachtrag Nr. 8, genehmigt vom BVA am 30.10.2014, Inkrafttreten zum 01.01.2015

<sup>23</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 100,00 Euro insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
  
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

#### **G. <sup>24</sup> Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge - Knochendichtemessung**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Knochendichtemessung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen um Krankheiten zu verhüten, sofern der medizinisch begründete Verdacht auf Vorliegen eines Krankheitsrisikos der Osteoporose besteht. Der Anspruch auf diese Untersuchung besteht unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung für weibliche Versicherte ab 55 Jahren, für männliche Versicherte ab 65 Jahren, für maximal 1 Untersuchung pro Jahr, bei Wiederholung frühestens nach 2 Jahren. Voraussetzung ist, dass für Versicherte kein Anspruch auf die Knochendichtemessung im Rahmen der Regelleistung besteht.<sup>25</sup>
  
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 40,00 Euro insgesamt je Kalenderjahr und Versicherten.
  
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

<sup>25</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 6, genehmigt vom BVA am 14.08.2013, Inkrafttreten zum 22.08.2013

<sup>26</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 6, genehmigt vom BVA am 14.08.2013, Inkrafttreten zum 22.08.2013

## **H.<sup>27</sup> Leistungen im Bereich der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - Geburtsvorbereitungskurse für männliche Versicherte**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für die regelmäßige Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen von Hebammen gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer für männliche Versicherte.
2. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 80,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.

## **I.<sup>28</sup> Leistungen im Bereich der Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - Hebammenrufbereitschaft**

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer unmittelbar vor dem mutmaßlichen Entbindungstermin für maximal 5 Wochen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme eine telefonische oder persönliche 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleistet.
2. Die Rufbereitschaft kann bei Hausgeburten, bei Entbindungen in Geburtshäusern, die von Hebammen geleitet werden und bei Geburten in Krankenhäusern, die von einer persönlich ausgesuchten Beleghebamme begleitet werden, in Anspruch genommen werden.
3. Die Erstattung der Kosten (Rechnungsbetrag) ist begrenzt auf 250,00 Euro insgesamt je Jahr und Versicherter.

---

<sup>27</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013; Nr. 1 Satz 2 gestrichen durch Nachtrag Nr. 12, genehmigt vom BVA am 10.02.2016, Inkrafttreten zum 01.01.2016

<sup>28</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

4. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers vorzulegen.



## § 12a Primärprävention<sup>29</sup>

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

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

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

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.<sup>30</sup>

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmal-

---

<sup>29</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 2, genehmigt vom BVA am 11.02.2011, Inkrafttreten zum 22.02.2011  
Bis zum 31.12.2014 § 12b der Satzung; § 12a (Wahltarif Selbstbehalt) zum 01.01.2015 gestrichen

<sup>30</sup> Satz 3 gestrichen durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

ger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 160,00 EUR je Maßnahme gewährt.

## § 12b Schutzimpfungen<sup>31</sup>

I<sup>32</sup> Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V für ihre Versicherten weitere Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn diese ärztlich empfohlen werden und der Impfstoff nach arzneimittelrechtlichen Vorschriften zugelassen ist.

II<sup>33</sup> Dies gilt nicht, wenn die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

III<sup>34</sup> Entfallen

---

<sup>31</sup> Bis zum 31.12.2014 § 12c der Satzung; § 12a (Wahltarif Selbstbehalt) zum 01.01.2015 gestrichen

<sup>32</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 08.07.2010, Inkrafttreten zum 01.07.2010

<sup>33</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 08.07.2010, Inkrafttreten zum 01.07.2010

<sup>34</sup> Entfallen durch Nachtrag Nr. 1, genehmigt vom BVA am 08.07.2010, Inkrafttreten zum 01.07.2010

## §12c Leistungsausschluss<sup>35</sup>

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

---

<sup>35</sup> Bis zum 31.12.2014 § 12d der Satzung; § 12a (Wahltarif Selbstbehalt) zum 01.01.2015 gestrichen

## § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

- I Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR<sup>36</sup>.
- II Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss nach Absatz I kalendertäglich 25,00 EUR<sup>37</sup>.

## § 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung<sup>38 39</sup>

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebs-

---

<sup>36</sup> Betrag geändert durch Nachtrag Nr. 12, genehmigt vom BVA am 10.02.2016, Inkrafttreten zum 01.01.2016

<sup>37</sup> Betrag geändert durch Nachtrag Nr. 12, genehmigt vom BVA am 10.02.2016, Inkrafttreten zum 01.01.2016

<sup>38</sup> § 13a „Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme“ gestrichen durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

<sup>39</sup> § 13b wird § 13a durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

krankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

Frauenärzte, Augenärzte und Zahnärzte sowie Notfallbehandlungen dürfen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden. In den Fällen ist jedoch die Praxisgebühr zu bezahlen.

- III Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 1 Monat vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

IV<sup>40</sup> entfallen

---

<sup>40</sup> Entfallen durch Nachtrag Nr. 5, genehmigt vom BVA am 03.04.2013, Inkrafttreten zum 16.04.2013

## § 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung<sup>41</sup>

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche und zahnärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
  
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.
  
- III Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 1 Monat vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

---

<sup>41</sup> § 13c wird § 13b durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

## § 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme<sup>42 43</sup>

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.

---

<sup>42</sup> § 13d wird § 13c durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

<sup>43</sup> Absätze II und III gestrichen durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

## § 13d Wahltarif integrierte Versorgung<sup>44 45</sup>

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
  
- II Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

---

<sup>44</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 3 (Absätze III und IV entfallen), genehmigt vom BVA am 29.08.2011, Inkrafttreten zum 16.09.2011

<sup>45</sup> § 13e wird § 13d durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014



## § 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten<sup>46</sup>

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, Maßnahmen je nach Alter vollständig innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Der Bonus setzt sich aus Pflicht- und Zusatzmaßnahmen zusammen.

Die Versicherten können bei der Bonuszahlung zwischen einer Geldprämie und einem Zuschuss für gesundheitsbezogene Leistungen wählen.<sup>47</sup>

II Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind folgende Pflichtmaßnahmen nachzuweisen:

1. Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 2 SGB V.
2. Teilnahme an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 1 SGB V.<sup>48</sup>
3. Teilnahme an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gemäß § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 SGB V.
4. Vollständige Teilnahme an allen von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Standard- und Auffrischungsimpfungen gemäß § 20d SGB V.

Für die Erfüllung der Pflichtmaßnahmen erhalten die Versicherten bei Wahl der Geldprämie 80 Bonuspunkte, bei Wahl des Zuschusses für gesundheitsbezogene Leistungen 120 Bonuspunkte.

---

<sup>46</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 3, genehmigt vom BVA am 29.08.2011, Inkrafttreten zum 01.01.2011

<sup>47</sup> Erstattung bei Vorlage von Rechnungsnachweisen für die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen aus dem Teilnahme- und/oder Folgejahr in entsprechender Höhe.

<sup>48</sup> Sofern die Untersuchung im Vorjahr durchgeführt wurde, gilt sie im Teilnehmerjahr als erfüllt.

III Der Bonus nach Absatz II wird erhöht, wenn Versicherte folgende Zusatzmaßnahmen nachweisen:

1. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder einer Betriebssportgruppe. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils einmalig 20 Bonuspunkte.
2. Erlangung eines Sport-, Schwimm-, Wanderabzeichens. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils einmalig 10 Bonuspunkte.
3. Teilnahme an Aktionen einer Krankenkasse oder eines Betriebes zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (z. B. Impfaktionen, Screenings, Diabetestests, Check-ups, Sportwettbewerbe). Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils 10 Bonuspunkte.
4. Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention nach § 20 Absatz 1 SGB V. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils 10 Bonuspunkte (maximal 20 Bonuspunkte).
5. Der Body-Mass-Index (BMI) des Versicherten liegt im Bereich des Normalgewichts (= 18,5 kg/m<sup>2</sup> - 25 kg/m<sup>2</sup>). Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich einmalig 10 Bonuspunkte.
6. Der Versicherte ist seit mindestens sechs Monaten Nichtraucher. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich einmalig 10 Bonuspunkte.

IV Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind folgende Pflichtmaßnahmen nachzuweisen:

1. Teilnahme an den nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen.
2. Teilnahme an der Individualprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22 SGB V.
3. Vollständige Teilnahme an allen von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Standard- und Auffrischungsimpfungen gemäß § 20d SGB V.

Für die Erfüllung der Pflichtmaßnahmen erhalten die Versicherten bei Wahl der Geldprämie 40 Bonuspunkte, bei Wahl des Zuschusses für gesundheitsbezogene Leistungen 60 Bonuspunkte.

V Der Bonus nach Absatz IV wird erhöht, wenn Versicherte folgende Zusatzmaßnahmen nachweisen:

1. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder einer Betriebssportgruppe. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils einmalig 10 Bonuspunkte.
2. Erlangung eines Sport-, Schwimm-, Wanderabzeichens. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils einmalig 5 Bonuspunkte.
3. Teilnahme an Aktionen einer Krankenkasse oder eines Betriebes zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (z. B. Impfaktionen, Screenings, Diabetestests, Check-ups, Sportwettbewerbe). Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils 5 Bonuspunkte.
4. Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention nach § 20 Absatz 1 SGB V. Für den Nachweis erhält der Versicherte kalenderjährlich jeweils 5 Bonuspunkte (maximal 10 Bonuspunkte).

VI Das Bonusprogramm der energie-BKK läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis zum 31.12. des Jahres, frühestens ab 01.01.2011. In dieser Zeit hat der Versicherte die Möglichkeit, Nachweise zu sammeln.

Die Teilnahme für Neumitglieder der energie-BKK ist auch unterjährig möglich.

Die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz II und V, Nummer 1 – 4, Absatz III, Nummer 1 – 6 und Absatz IV, Nummer 1 – 3 wird von der Arztpraxis und / oder dem Anbieter der Leistung im Bonusheft der energie-BKK quittiert.

Die Geldprämie ist für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr auf kalenderjährlich maximal 120 Bonuspunkte, der Zuschuss für gesundheitsbezogene Leistungen auf kalenderjährlich maximal 160 Bonuspunkte begrenzt.

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Geldprämie auf kalenderjährlich maximal 60 Bonuspunkte, der Zuschuss für gesundheitsbezogene Leistungen auf kalenderjährlich maximal 80 Bonuspunkte begrenzt.

Ein Bonuspunkt entspricht einem Gegenwert von einem Euro.

Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden zusätzlich erstattet.

Eine Auszahlung des Bonus ist auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr, möglich. Spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres muss der Versicherte den Bonus zur Erstattung einreichen; nach Ablauf dieser Frist ist eine Auszahlung nicht mehr möglich.

Zum Zeitpunkt des Antrages der Auszahlung muss eine offene, ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen, ansonsten ist keine Auszahlung möglich.

---

<sup>49</sup> § 14b „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten – Übergangsregelung“ gestrichen durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

## § 15 Wahltarife Krankengeld<sup>50</sup>

I Die Betriebskrankenkasse bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

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

III Die Teilnahme bestimmt sich nach Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

---

<sup>50</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 12, genehmigt vom BVA am 10.02.2016, Inkrafttreten am 01.01.2016

## **§ 16 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## **§ 17 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

## **§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## § 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und außerdem durch Bekanntgabe im Internet unter [www.energie-bkk.de](http://www.energie-bkk.de).<sup>51</sup>

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

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Räumen der Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Geändert durch Nachtrag Nr. 6, genehmigt vom BVA am 14.08.2013, Inkrafttreten zum 22.08.2013

<sup>52</sup> Satz 5 eingefügt durch Nachtrag Nr. 7, genehmigt vom BVA am 26.08.2014, Inkrafttreten zum 30.08.2014

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung in seiner Sitzung am 26. Februar 2010 beschlossen.
2. Die Satzung tritt mit Ausnahme von Artikel I § 12 Absatz II (Häusliche Krankenpflege), Absatz III (Haushaltshilfe) und § 19 (Bekanntmachungen) rückwirkend zum 1. August 2009 in Kraft.

Artikel I § 12 Absatz II (Häusliche Krankenpflege), Absatz III (Haushaltshilfe) und § 19 (Bekanntmachungen) treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 1. Juli 2004 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

3. § 13a der Satzung tritt am Tag der Wirksamkeit des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms in Kraft.

Hannover, 26. Februar 2010

Klaus Dieter Raschke  
Vorsitzender des Verwaltungsrates der energie-BKK



## **Artikel III Nachtrag**

### **Anlage zu § 2 der Satzung**

#### **Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse der energie-BKK, Lange Laube 6, 30159 Hannover**

##### **I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates**

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern, die nicht in einem Trägerunternehmen beschäftigt sind, folgende Entschädigungen gezahlt:

###### **1. Erstattung der Barauslagen**

###### **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 § 6 Absatz 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

###### **1.2 Fahrkosten**

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. / 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz 1 bzw. 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 Verwaltungsrates wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz 1 Nummer 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens  $\frac{1}{75}$  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  $\frac{1}{3}$  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.

## Anlage zu § 15 der Satzung<sup>53</sup>

### Teilnahme

1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. § 223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

### Laufzeit/Bindungsfrist

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

### Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Ent-

---

<sup>53</sup> Eingefügt durch Nachtrag Nr. 12, genehmigt vom BVA am 10.02.2016, Inkrafttreten am 01.01.2016

geltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung erfolgen.

### **Obliegenheiten der Teilnehmer**

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

### **Prämien**

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

<b>Wahltarifkranken-</b>	10€	20€	30€	40€	50€
<b>geld</b>					
<b>kalendertäglich</b>					
<b>Prämie monatlich</b>	10€	20€	30€	40€	50€

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

<b>Wahltarifkranken- geld kalendertäglich</b>	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
<b>Prämie monatlich</b>	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

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

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

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

#### **Anspruch**

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor

dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletzten- geld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird

- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

### Zahlung

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

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

## Dauer

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

## Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

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

27. Die Betriebskrankenkasse kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Ziffer 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen.



Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergangenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

### Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich der Ziffer 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in den Ziffern 26ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskranken-

kasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne der Ziffer 16 besteht in diesen Fällen nicht.