Satzung
Bertelsmann BKK

Fassung vom 15.06.2007
inkl. Nachträge 1-61, zuletzt geändert am 08.06.2026
Stand: 28.07.2026

Bertelsmann BKK
Carl-Miele-Str. 214
33335 Gütersloh

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse
§ 2 Verwaltungsrat
§ 3 Vorstand
§ 4 Widerspruchsausschuss
§ 5 Kreis der versicherten Personen
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft
§ 7 Aufbringung der Mittel
§ 8 Bemessung der Beiträge
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
§ 10 Fälligkeit der Beiträge
§ 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen
§ 11 Höhe der Rücklage
§ 12 Leistungen
§ 12a unbesetzt
§ 12b Primärprävention
§ 12c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten
§ 12d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V
§ 12e Leistungsausschluss
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
§ 14 Bonusmodell für gesundheitsbewusstes Verhalten von Versicherten
§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 15 Wahltarife Krankengeld
§ 16 Auskünfte an Versicherte gemäß § 305 Absatz 1 Satz 10 SGB V
§ 17 Kooperation mit der PKV
§ 18 Aufsicht
§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband
§ 20 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

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

Bertelsmann BKK.

Sie ist errichtet worden am 01.07.1957. Die BKK hat ihren Sitz in 33335 Gütersloh.

II. Der Bezirk der Bertelsmann BKK erstreckt sich auf die folgenden Betriebe:

1. Bertelsmann SE & Co. KGaA, Gütersloh (Corporate Center und Bertelsmann Marketing Services Corporate) und Baden-Baden
2. Bertelsmann Global Business Services GmbH, Gütersloh
3. Bertelsmann Global Business Services Schwerin GmbH, Schwerin
4. Bertelsmann Treuhand- und Anlagegesellschaft mit beschränkter Haftung, Gütersloh
5. Mohn Media Mohndruck GmbH, Gütersloh
6. GGP Media GmbH, Pößneck
7. Topac GmbH, Gütersloh
8. AZ Direct GmbH, Gütersloh
9. Majorel Wilhelmshaven GmbH, Schortens
10. arvato distribution GmbH, Harsewinkel
11. arvato Systems GmbH, Gütersloh, Herford, Kassel, Köln, Dortmund, München, Hamburg, Berlin, Lehrte, Leipzig, Bayreuth, Würselen, Rostock, Oldenburg, Kamp-Lintfort und Essen.
12. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh und Berlin
13. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh
14. Bürgerstiftung Gütersloh, Gütersloh
15. Akademie für die manuelle Medizin GmbH, Gütersloh
16. Weiße Liste Gemeinnützige GmbH, Gütersloh
17. Founders Foundation gGmbH, Gütersloh
18. Bertelsmann Repräsentanz, Berlin
19. Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH, München mit den Verlagsnamen C. Bertelsmann, Knaus, Blanvalet

III. Der Bezirk der Bertelsmann BKK erstreckt sich auf folgende Bundesländer:

1. Nordrhein-Westfalen
2. Thüringen
3. Niedersachsen
4. Bayern
5. Hamburg
6. Berlin
7. Baden-Württemberg

8. Sachsen
9. Hessen
10. Mecklenburg-Vorpommern

§ 2 Verwaltungsrat

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

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

II. Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder sieben Versichertenvertreter und sieben Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat, wie jeder Versichertenvertreter, eine Stimme. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt: Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK 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 BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK 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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

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. Für die Tätigkeit als Mitglied des Verwaltungsrates wird eine Entschädigung gemäß § 41 Abs. 3 SGB IV nicht gezahlt. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von ihrem Unternehmen der Bertelsmann SE & Co. KGaA für die Tätigkeit im Verwaltungsrat freigestellt, andernfalls greift die gesetzliche Regelung zum Ersatz des Verdienstausfalles. Reisekosten werden nach dem Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung ersetzt.

VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Dies gilt ebenso bei einer Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung während einer hybriden Sitzung (§ 2 Ziffer IX.) oder einer digitalen Sitzung (§ 2 Ziffer X.). Die Mitglieder gelten in diesem Fall als anwesend.

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. Die Mitglieder des Verwaltungsrates können auch ohne Anwesenheit am Sitzungsort durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung an den Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen (hybride Sitzung). Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen.

X. In außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen können an den Sitzungen des Verwaltungsrates alle Mitglieder auch mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort teilnehmen (digitale Sitzung). Als außergewöhnliche Notsituation gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt den Sonderfall für eine digitale Sitzung nach § 2 Ziffer X. Satz 1 bei der Einberufung der Sitzung fest. Eine digitale Sitzung nach § 2 Ziffer X Satz 1 findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

XI. Die BKK hat in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge zu tragen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. In den Fällen von § 2 Ziffer IX. und Ziffer X. ist die Übertragung von Bild und Ton der an der Sitzung teilnehmenden Personen unabhängig davon zulässig, ob sie in die Übertragung einwilligen. Bei öffentlichen digitalen Sitzungen nach Ziffer X. ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Bei nicht öf-

fentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrats sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

XII. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. In Abstimmungen nach § 2 Ziffer XII. Satz 1 kann die Stimmabgabe z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem erfolgen. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates legt die jeweils zulässige Form der Stimmabgabe zu Beginn der Sitzung fest. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

XIII. Bei technisch bedingten Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen, die nicht nachweislich im Verantwortungsbereich der BKK liegen, sind unbeachtlich und haben daher insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betreffende Mitglied des Verwaltungsrates gefassten Beschlusses.

XIV. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

I. Dem Vorstand der Bertelsmann BKK gehört ein Mitglied an.

II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III. Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK 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 der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
6. die BKK 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 BKK abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK.

V. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 33311 Gütersloh.

II.

1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder einschließlich der stellvertretenden Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK.

2. Für die Seite der Arbeitgeber und die Seite der Versicherten gibt es je eine Liste mit vier Stellvertretern.

3. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses werden jeweils von den Vertretern ihrer Gruppe im Verwaltungsrat gewählt. Ihre Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind, mindestens zwei Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind und hiervon mindestens ein Mitglied der Gruppe der Versichertenvertreter angehört. Dies gilt ebenso bei einer Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung während einer hybriden Sitzung (§ 4 Ziffer IV.) oder einer digitalen Sitzung (§ 4 Ziffer V.). Die Mitglieder gelten in diesem Fall als anwesend.

8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

9. Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sein denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. Diese Regelung tritt am 01. Januar 2023 außer Kraft.

III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

IV. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses können auch ohne Anwesenheit am Sitzungsort durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses teilnehmen (hybride Sitzung).

V. In außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen können an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses alle Mitglieder auch mittels

zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort teilnehmen (digitale Sitzung). Als außergewöhnliche Notsituation gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. Ein Mitglied des Widerspruchsausschusses stellt den Sonderfall für eine digitale Sitzung nach § 4 Ziffer V. Satz 1 bei der Einberufung der Sitzung fest. Eine digitale Sitzung nach § 4 Ziffer V. Satz 1 findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. Wenn ein Mitglied widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

VI. Die BKK hat in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge zu tragen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. In den Fällen von § 4 Ziffer IV. und Ziffer V. ist die Übertragung von Bild und Ton der an der Sitzung teilnehmenden Personen unabhängig davon zulässig, ob sie in die Übertragung einwilligen. Bei hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

VII. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. In Abstimmungen nach § 4 Ziffer VII. Satz 1 kann die Stimmabgabe z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem erfolgen. Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses legt die jeweils zulässige Form der Stimmabgabe zu Beginn der Sitzung fest. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

VIII. Bei technisch bedingten Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen, die nicht nachweislich im Verantwortungsbereich der BKK liegen, sind unbeachtlich und haben daher insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betreffende Mitglied des Widerspruchsausschusses gefassten Beschlusses.

IX. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V

(1) 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 Versicherungsberechtigen.

(2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 der Satzung genannten Bezirk gehören oder

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder

3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bis Nr. 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 und Nr. 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

(4) Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. 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 und dessen Ausübung, 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.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz 1 Satz 5 und Satz 6. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

(4) Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 15 (Wahltarife Krankengeld) gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur BKK nur unter den Voraussetzungen des Wahltarifs gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK 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.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,2 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

   Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

2. 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.

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

§ 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen

(1) Die BKK kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

(2) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 30 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

(2) Häusliche Krankenpflege

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird neben der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung im Einzelfall gewährt. Voraussetzung ist, dass Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 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 Leistung wird bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht und ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe

Die BKK gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,

a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt,

b) wenn nach ärztlicher Feststellung eine Krankenhausbehandlung durch eine ambulante Operation entbehrlich wird. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Dauer ist auf die ansonsten zu gewährende Krankenhausbehandlung begrenzt,

c) wenn der Versicherte nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer akuten Erkrankung den Haushalt nicht weiterführen kann. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und ein Kind, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, im Haushalt lebt. Die Leistung wird für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit gewährt.

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 BKK kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

(5) Kostenerstattung

a) Behandlung im Inland

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK 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. Die Kostenerstattung beginnt zu dem vom Versicherten gewählten Zeitpunkt. Abweichend davon kann bei neu begründeten Versicherungsverhältnissen die Kostenerstattung vom Beginn der Versicherung an gewählt werden. Der Versicherte ist mindestens 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 Bertelsmann BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die BKK kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages vereinfachen und einen pauschalisierten Kostensatz erstatten. Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung werden pauschal 33 %, für den Bereich der ambulanten zahnärztlichen Behandlung werden pauschal 25 % und für den Bereich der Arzneimittel 67 % des Brutto-Rechnungsbetrages erstattet. Versicherte können bei der Antragstellung anstelle der pauschalisierten Erstattung die Erstattung in Höhe des tatsächlichen Sachleistungsbetrags wählen. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist ab der dritten Rechnung im Kalenderjahr um 5 v. H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.

b) Behandlung im Ausland

1. 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.

2. 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.

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

4. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

5. 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 Bertelsmann BKK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

6. Abweichend von Ziffer 1 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 BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

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

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

   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

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

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 (b) nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis	Mehrkostenanteil
bis 14,99 €	30 %
15,00 – 29,99 €	40 %
30,00 – 99,99 €	60 %
100,00 – 299,99 €	70 %
300,00 – 499,99 €	80 %
ab 500 €	84 %

3. Es gelten § 12 Abs. 5 a) Nr. 4, 5 und 6.

(7) Zusätzliche Leistungen

Die BKK übernimmt gemäß § 11 Abs. 6 SGB V zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen:

a) Kostenerstattung für nicht zugelassene Leistungserbringer

Versicherte, die einen nicht zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten oder eine Privatklinik aufsuchen, erhalten einen Zuschuss in Höhe des kassenüblichen Vertragspreises. Die BKK kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages vereinfachen. Spezifizierte Rechnungen sind vorzulegen. Die gesetzliche Zuzahlung wird in Abzug gebracht. Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer über die Approbation als Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut verfügt. Ausgenommen sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

b) Gesundheitsbudget

Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den nachfolgend genannten Leistungen:

- Die BKK bezuschusst über den Leistungsrahmen des § 28 SGB V hinaus zahnärztliche Leistungen der professionellen Zahnreinigung. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist. Der Zuschuss ist auf 50 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

- Versicherte erhalten einmal jährlich über die in § 23 Abs. 1 SGB V genannte ärztlich Behandlung hinaus einen Zuschuss zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind und sich auf Vorsorgemaßnahmen beziehen. Der Zuschuss zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist auf insgesamt 20 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

  Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird. Er gilt für folgende bezuschussungsfähige Untersuchungen:

  1. Ultraschalluntersuchung der weiblichen Brust (Mamma-Sonographie) bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positiver Familienanamnese, hohe Brustdichte).

2. PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern, bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese).
3. Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung für Versicherte, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
   - ab dem Alter von 40 Jahren,
   - bekannte Glaukom-Erkrankung in der Familie oder
   - hohe Myopie.
4. Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für Versicherte bis zum Alter von 34 Jahren, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
   - bei bekannter Hautkrebserkrankung in der Familie,
   - mit hellem Hauttyp,
   - mit kongenitalem Naevus,
   - mit aktinischer Keratose,
   - mit nicht-melanozytärem Hautkrebs in der Vorgeschichte,
   - in der Immunsuppression oder
   - nach Röntgenkombinationsschaden.

- Die BKK bezuschusst für versicherte Frauen die Kosten von Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft. Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:

  1. Toxoplasmose-Screening bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen)
  2. Ringelröteln, Streptokokken und Windpockentest
     Bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko. (z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen)
  3. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit dem Wirkstoff Folsäure
     Bei schwangeren Frauen, die einen Folsäuremangel aufweisen, sofern die Verordnung des Arzneimittels durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschen Rechts zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

  Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

  Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist.

  Der Zuschuss ist auf 100 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

- Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

  Die BKK übernimmt die Kosten für bis zu 3 Sitzungen im Kalenderjahr. Je Sitzung werden bis zu 40 Euro übernommen, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung ist eine ärztliche Verordnung einzureichen.

- Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen.

  Derartige Risikofaktoren sind:
  a. erhöhtes Körpergewicht
  b. erhöhter Blutdruck
  c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
  d. Atemwegserkrankungen
  e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
  f. Diabetes
  g. Rauchen
  h. Alkoholmissbrauch
  i. andere ärztlich festgestellte Risikofaktoren, z.B. familiäre Vorbelastungen

  Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.

  Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung Sportmedizin führen.

  Voraussetzung für die aufgeführten zusätzlichen Leistungen ist, dass bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen oder eine Erkrankung oder die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermieden werden kann.

Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen und durch Rechnung nachgewiesenen Kosten.

Der Zuschuss für das Gesundheitsbudget ist insgesamt im Kalenderjahr auf 150 Euro je Versicherten begrenzt.

c) Künstliche Befruchtung

Die BKK leistet zusätzlich zu den von ihr mit dem Behandlungsplan gemäß § 27a SGB V genehmigten Kosten für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar. Zur Erstattung ist der BKK eine spezifizierte Rechnung einzureichen.

Der Zuschuss an das Ehepaar beträgt 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a SGB V unberührt.

d) Rufbereitschaft Hebammen

Die BKK bezuschusst für versicherte Frauen die Kosten für eine Rufbereitschaftspauschale der Hebamme für die Zeit der 38. bis 42. Woche der Schwangerschaft. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen und durch Rechnung nachgewiesenen Kosten. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Der Zuschuss ist auf 250 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

e) Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 60,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

(8) Ärztliche Zweitmeinung Onkologie

1) Die Bertelsmann BKK gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren Eingriffen durch
   - zugelassene Ärzte
   - zugelassene medizinische Versorgungszentren
   - ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
   - zugelassene Krankenhäuser sowie

- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

2) Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, oder weitere mögliche Erbringer der Zweitmeinung gem. § 27b Abs. 3 Nr. 1 - 4 SGB V, mit denen die Bertelsmann BKK eine Vereinbarung nach Absatz 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

3) Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Indikationsstellung zu folgenden planbaren onkologischen Eingriffen:

a) operative Entfernung eines malignen Tumors,
b) Organ- oder Teilorganresektion zur Behandlung einer bösartigen Neubildung,
c) perkutane Strahlentherapie,
d) interstitielle Brachytherapie.

Voraussetzung ist eine gesicherte Diagnose einer bösartigen Neubildung.

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

Ein Anspruch nach dieser Vorschrift besteht nicht, soweit für den jeweiligen Eingriff bereits ein Anspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 27b Absatz 2 SGB V besteht.

4) Alle Versicherten der Bertelsmann BKK können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Bertelsmann BKK krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

5) Die Bertelsmann BKK trifft Vereinbarungen zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,

2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung kann durch Leistungserbringer, mit denen die Bertelsmann BKK eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt werden.

Die Bertelsmann BKK führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Bertelsmann BKK veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Bertelsmann BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher oder elektronischer Form zur Verfügung.

6) Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Bertelsmann BKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

7) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Bertelsmann BKK in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

8) Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V bleibt unberührt.

§ 12 a - unbesetzt -

§ 12 b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz in den dort aufgeführten prioritären 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

Stress- und Ressourcenmanagement:
- Maßnahmen des multimodalen Stress- und Ressourcenmanagements
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung und Erholung

Suchtmittelkonsum:
- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum risikoarmen Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Als Leistung wird ein Zuschuss gezahlt. Dieser beträgt je Kalenderjahr und Handlungsfeld 85%, für Versicherte, welche die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erreicht haben, 100% der Kosten. Die Höhe des Zuschusses ist jeweils auf 80 Euro begrenzt. Bietet die BKK eigene Präventionsleistungen an, für die höhere Zuschüsse vorgesehen sind, hat der Versicherte einen Anspruch in diesem Umfang. Nimmt ein Versicherter der BKK an einer Präventionsmaßnahme teil, die von einer anderen gesetzlichen Krankenkasse angeboten wird, hat der Versicherte einen Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten bis zu einem Höchstwert von 150 Euro.

§ 12 c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Die BKK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 20 i Abs. 1 SGB V.

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

Die Kosten der HPV-Impfung werden, über die Regelleistung hinaus, für Frauen bis zum Alter von 26 Jahren übernommen.

Kann die Impfung nicht als Sachleistung erbracht werden, besteht ein Anspruch auf Erstattung bis zur Höhe des Betrages, der bei der Sachleistung entstanden wäre.

§ 12 d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

(1) Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

(2) Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

(3) Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 12 e Leistungsausschluss

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

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

b) Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25 €.

§ 13 a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

1) Die Bertelsmann BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten. gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

§ 13 b Wahltarif besondere Versorgung

1) Die Bertelsmann BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13 c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 14 Bonusmodell für gesundheitsbewusstes Verhalten von Versicherten

Die BKK belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten von Versicherten mit einem Gesundheitsbonus. Näheres zu Anspruchsvoraussetzungen, berücksichtigungsfähigen Leistungen, Höhe und Auszahlung regelt die Anlage, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 14 a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

1. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe des Bonus wird im Bonusvertrag geregelt.

2. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen und mit einander verbunden sind:
   Vorhalten einer Organisationsstruktur für die Koordination von BGF (z.B. Arbeitskreis Gesundheit)
   Anbieten von kostenlosem Gesundheitssport im Betrieb
   Ermöglichen von Check-ups im Betrieb
   Anbieten von ärztlichen Untersuchungen zur Identifikation gesundheitlicher Risikofaktoren sowie eine Beratung zu deren Reduzierung. Inhalt der Beratung ist sowohl das individuelle Verhalten (Lebensstil) als auch das betriebliche Arbeitsumfeld.

3. In der mit einer Firma vereinbarten Bonusregelung kann eine Bonifizierung für teilnehmende BKK-versicherte Mitarbeiter vorgesehen werden. Die Teilnahmebedingungen und die Bonushöhe ist im Vertrag festzulegen. Die Bonifizierung für Versicherte nach dieser Regelung schließt eine zusätzliche Bonifizierung identischer Aktivitäten für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 12 Abs. II Nr. 4 der Satzung aus.

§ 14 b - unbesetzt -

§ 15 Wahltarife Krankengeld

(1) Die Bertelsmann BKK bietet
- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 SGB V gewählt haben

und

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

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

(3) Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Auskünfte an Versicherte gemäß § 305 Absatz 1 Satz 10 SGB V

Auskunft zu in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (§ 305 Absatz 1 SGB V) sowie zu zugelassenen Leistungserbringern und über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen (§ 305 Absatz 3 SGB V) wird dem Versicherten auf Verlangen mündlich oder schriftlich erteilt. § 25 Absatz 2 SGB X gilt entsprechend.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn.

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 20 Bekanntmachungen

1. Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen im Internet unter www.bertelsmann-bkk.de sowie nachrichtlich durch Aushang in den Räumen der BKK und in der Mitgliederzeitschrift. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK beträgt die Aushangfrist zwei Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken

2. Die BKK veröffentlicht gemäß § 305b SGB V und den dazu geltenden Verwaltungsvorschriften im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer eigenen Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung. Zudem werden diese Angaben auch nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und in der Geschäftsstelle ausgehängt. Die Aushangfrist beträgt einen Monat. Im Internet bleibt die Veröffentlichung bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 15.06.2007 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.08.2007 in Kraft.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Dr. Franz Netta