

Satzung

R+V Betriebskrankenkasse

Satzung vom 1. Januar 2011

Stand: inkl. des 21. Nachtrags vom 4. Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Leitbild der BKK

Artikel I

Inhalt der Satzung		Seite
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2	Verwaltungsrat	5
§ 3	Vorstand	7
§ 4	Widerspruchsausschuss	8
§ 5	Kreis der versicherten Personen	9
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	12
§ 7	Aufbringung der Mittel	13
§ 8	Bemessung der Beiträge	14
§ 8a	Wahltarif Prämienzahlung	14
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	16
§ 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	16
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	17
§ 11	Höhe der Rücklage; Entschuldung	17
§ 12	Leistungen	17
§ 12a	Wahltarif Selbstbehalt	25
§ 12b	Primärprävention	28
§ 12c	Schutzimpfungen	29
§ 12d	Leistungsausschluss	30
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	31
§ 13a	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	31
§ 13b	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	32
§ 13c	Wahltarif besondere Versorgung	32
§ 13d	Wahltarif Selbstbehalt bei stationärer Behandlung	33
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	35
§ 14a	Bonusprogramm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung	36
§ 14b	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder	38
§ 14c	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	39
§ 14d	Persönliche elektronische Gesundheitsakte gem. § 68 SGB V	39
§ 15	Wahltarif Krankengeld	40
§ 16	Kooperation mit der PKV	48
§ 17	Aufsicht	48
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband	48
§ 19	Bekanntmachungen	48
Artikel II		
Inkrafttreten		49
Anlage 1 zu § 2		50
Anlage 2 zu § 14		52

Vorwort

Leitbild der BKK

Unsere Arbeit – Damit es Ihnen gut geht

- Die Grundlage unserer Leistungsstärke ist schneller und persönlicher Service.
- Mit Freundlichkeit und Höflichkeit leisten wir unbürokratische Hilfe. Wir arbeiten nicht mit Nummern, sondern für Menschen.
- Als hochmotiviertes Team pflegen wir einen partnerschaftlichen Umgang mit unseren Kunden.

Doch wir wollen mehr:

- Wir nutzen unseren gesamten Leistungsspielraum, immer zum Wohle und Vorteil unserer Versicherten.
- Im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften finanzieren wir auch anerkannte Außenseitermethoden und suchen nach alternativen Lösungen anstelle vorschneller Ablehnungen.
- Wir halten, was wir versprechen.

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

R+V Betriebskrankenkasse – Kurzbezeichnung: R+V BKK

Sie ist errichtet worden am 01. Januar 1992.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 65205 Wiesbaden.

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die R+V-Direktion in Wiesbaden und die angeschlossenen R+V-Direktionsbetriebe in Frankfurt, Hannover und Stuttgart, der R+V Allgemeine Versicherung AG und der R+V Lebensversicherung AG und die dazugehörigen Filialdirektionen dieser Gesellschaften im Bundesgebiet und auf

- die UMB (Unternehmens-Managementberatungs GmbH) und die
- R+V Service Center GmbH und die
- R+V Versicherung AG und die
- KRAVAG Logistic AG und die
- carexpert Sachverständigen GmbH

Darüber hinaus erstreckt sich der Bereich der BKK auf das 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 zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrats.

- II. Der Verwaltungsrat besteht aus 6 Vertretern der Versicherten und 3 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter.

Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreeters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

- 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 Betriebs-krankenkasse 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 2 zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage 1 ist Bestandteil der Satzung.
 - VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
 - VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

X. Gewichtete Stimmenzahl wahlberechtigter Arbeitgeber

Bei einer Wahlhandlung der Arbeitgebervertreter wird abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 1 SGB IV zum 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.

§ 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.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung nach § 31 SVHV zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüferfeststellungen des vom Verwaltungsrat bestimmten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Wiesbaden.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses werden von den Arbeitgebervertretern gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widersprachausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn er ordnungsgemäß einberufen ist und die Mitglieder des Widerspruchsausschusses oder ihre Stellvertreter anwesend sind.
 8. Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. Eine Stimmenthaltung gilt als Ablehnung des Widerspruchs oder des Einspruchs. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; (für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend),
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. **Freiwillige Mitglieder**

Der Versicherung der Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestand, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt zwischen 25 und 40 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

III. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

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

II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V 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. 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 Zusatzbeitrages 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 Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Abs. I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a, 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8a Absatz VII, 12a Absatz VIII oder 15 Absatz XVI, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGBV, gekündigt werden.

Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 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.

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung

I. Mitglieder, die länger als 3 Monate im Kalenderjahr bei der Betriebskrankenkasse versichert sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen. Wird die schriftliche Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahme ab dem Ersten des folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 20 und 20 i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen. Dies verwirkt automatisch den Anspruch auf Prämienzahlung.

Werden vertragsärztliche Leistungen oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolge in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf die Prämie. Der Anspruch auf Prämienzahlung bleibt erhalten.

- IV. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 100,00 EUR im ersten Jahr der Teilnahme und steigert sich in jedem Folgejahr ohne Leistungsanspruchnahme um weitere 100,00 EUR bis zu 300,00 EUR pro Jahr. Maximal beträgt die Prämie jedoch 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrags.

- V. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahlтарifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 EUR bei einem und 900,00 EUR bei mehreren Wahlтарifen nicht überschreiten.

- VI. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahlтарif nach Absatz I nicht wählen. Wenn nach der Wahl der Prämienzahlung die Beiträge für das Mitglied vollständig durch Dritte übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge vom dem Dritten übernommen wurden.

- VII. Die Mindestbindungsfrist an den Wahlтарif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahlтарif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1, gekündigt werden. Der Wahlтарif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt.

Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,2 % 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 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die R+V BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger weitergeleitet.
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen.

Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 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. Die von den 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.

§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung

Die Rücklage beträgt 40 v .H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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 24b 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 § 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.

II. 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 Nettoarbeitsentgeltes 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.

III. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme zu informieren. 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 R+V BKK davon Kenntnis erhält.

Wurde ein Wahltarif nach § 12a Abs. I (Selbstbehalt) gewählt, gilt die Kündigungsfrist des § 12a Abs. VII entsprechend.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch ärztliche Verordnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Die Erstattung erfolgt regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 24,3 % der ausgewiesenen privatärztlichen ambulanten Rechnungslegung; auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.
8. 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 5 v. H., maximal 50,00 € für Verwaltungskosten 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.

9. 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.

IV. **Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

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,

- (1) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
- (2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Der Erstattungsbetrag für die Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis der Rechnung um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

§ 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

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. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.

V. **Osteopathie**

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich der Heilmittel.

Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt.

Die R+V Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v. H. des tatsächlichen Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

VI. **Leistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft**

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie aus dem Bereich der medizinischen Vorsorge:

1. Die Leistung Geburtsvorbereitungskurs für Ehegatten / Vater des Kindes / Partner wird in voller Höhe erstattet, wenn diese Person bei der R+V Betriebskrankenkasse krankenversichert ist und der Kurs von einer Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erbracht wird.

2. Die Leistung einer 24-stündigen Rufbereitschafts-pauschale wird für Versicherte, die diese in der Regel innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche in Anspruch nehmen, erstattet. Voraussetzung ist, dass die freiberuflich tätige Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

Die Erstattung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, maximal jedoch bis zu einem Betrag von 250,00 € je Schwangerschaft. Für die Erstattung ist die Vorlage der Originalrechnung erforderlich.

3. Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag bezuschusst. Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:

1. Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen und/oder 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall
Bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes.
2. Toxoplasmose-Screening
Bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).
3. Triple-Test
Bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation.

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.

Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 50,00 EUR je Schwangerschaft möglich.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistungen 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.

Zur Kostenerstattung sind der R+V BKK spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen.

VII. **Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer**

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die R+V BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die eine Behandlung nach Satz 1 einschließt.
2. Die R+V BKK schließt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Außerdem setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Keine Vereinbarungen werden über Leistungen getroffen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden.
3. Die R+V BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde.

Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.ruv-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die R+V BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zu Verfügung.
4. Für die veranlassten Leistungen gilt § 12 Abs. V (Kostenerstattung) entsprechend.

VIII. **Flash-Glukose-Messsystem**

1. Versicherte der Betriebskrankenkasse haben Anspruch auf die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
2. Voraussetzung ist, dass eine intensivierete konventionelle Insulintherapie (ICT) oder Insulinpumpentherapie (CSII) bei Diabetes mellitus erfolgt und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - a. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - b. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - c. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch diejenigen Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Weitere Voraussetzung ist, dass die zwischen Ärztin oder Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der Versicherten nicht erreicht werden können.

3. Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Versicherten entsprechend ihrem Lebensstil den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegen und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuern.

4. Die Versicherten müssen zeitnah im Zuge der Verordnung und vor der ersten Anwendung des Flash-Glukose-Messsystems über die Schulungsinhalte zur intensivierten Insulintherapie (ICT und gegebenenfalls zur Insulinpumpe) hinausgehend, hinsichtlich der sicheren Anwendung des Gerätes, insbesondere der Bedeutung der Blutglukose-Selbstmessung und der durch das Gerät zur Verfügung gestellten Trends unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und eventuell vorhandener Vorkenntnisse geschult werden.
5. Die Ärztin oder der Arzt und die Versicherten legen gemeinsam ein individuelles Therapieziel unter Nutzung des Flash-Glukose-Messsystems fest. Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert das Therapieziel und im Verlauf der weiteren Behandlung die Zielerreichung.
6. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
7. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten eine Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der Monatsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V.
8. Der Leistungsanspruch endet mit der Aufnahme des Flash-Glukose-Messsystems in die Regelversorgung nach § 33 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 17.000 Euro, die keine Kostenerstattung nach § 12 Absatz V gewählt haben, können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 300,00 € (Selbstbehalt) übernehmen.

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 32.000 Euro, die keine Kostenerstattung nach § 12 Absatz V gewählt haben, können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 600,00 € übernehmen (Selbstbehalt).

Mitglieder, die ihre Beiträge aus der Beitragsbemessungsgrenze entrichten und die keine Kostenerstattung nach § 12 Absatz V gewählt haben, können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 900,00 € übernehmen (Selbstbehalt).

II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 20 und 20i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 22 SGB V, Zahnprophylaxe, § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien

III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Werden vertragsärztliche Leistungen oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolge in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.

Vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 SGB V abgegolten sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300,00 € jährlich 250,00 €, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 600,00 € jährlich 450,00 € und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 900,00 € jährlich 600,00 €. § 8 b Absatz V gilt entsprechend. Die Prämienzahlung an das Mitglied erfolgt, sobald sämtliche Leistungsdaten für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen, spätestens zum 31.12. des Folgejahres.

- V. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, endet der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen werden.
- VI. Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach § 13a sowie nach 13b ist ausgeschlossen.
- VII. § 8b Absatz VI gilt entsprechend.
- VIII. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft nicht möglich.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden.

Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

IX. Die Einstufung im Wahltarif Selbstbehalt erfolgt grundsätzlich bindend für die Dauer der Teilnahme am Wahltarif. Umstufungen in eine niedrige oder höhere Selbstbehaltstufe aufgrund von Einkommensänderungen sind nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Ein begründeter Ausnahmefall liegt dann vor, wenn das Einkommen dauerhaft über dem Einkommen liegt, das zur Zeit der Einstufung in die Selbstbehaltstufe geführt hat. Die Einkommenserhöhung muss vom Mitglied schriftlich mit einem entsprechenden Nachweis mitgeteilt werden. Daraufhin erfolgt die Umstufung in die Selbstbehaltstufe, die dem vom Mitglied nachgewiesenen Einkommen entspricht. Die neue Selbstbehaltstufe gilt ab dem 01.01. des auf den Umstufungsantrag folgenden Kalenderjahres.

Ein begründeter Ausnahmefall liegt dann vor, wenn es sich um eine dauerhafte Einkommensminderung handelt. Das Mitglied wird aufgrund der vorliegenden Mindesteinkommensgrenzen im Wahltarif Selbstbehalt automatisch umgestuft. Die niedrigere Selbstbehaltstufe gilt ab dem 01.01. des folgenden Kalenderjahres.

Das Kündigungsrecht in besonderen Härtefällen bleibt davon unberührt.

Durch die Umstufung in eine niedrige oder höhere Selbstbehaltstufe wird die Bindungsfrist nicht unterbrochen.

§ 12b 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

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

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 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 80,00 Euro je Maßnahme, gewährt. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wird der Finanzierungszuschuss in voller Höhe der Kosten, max. aber 80,00 Euro je Maßnahme, gewährt.

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gewährt die BKK bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung auf Basis des Leitfadens Prävention im Rahmen der Primärprävention für die Bereiche Bewegung, Ernährung und Stressmanagement sowie Prävention des Suchtmittelkonsums für die Teilnahme ihrer Versicherten an Präventionsreisen mit oben genannten Präventionsschwerpunkten einen Zuschuss in Höhe von bis zu 160,00 Euro pro Maßnahme bestehend aus zwei Kursbausteinen. Für Maßnahmen, bestehend aus einem Kursbaustein, wird ein Zuschuss in Höhe von bis zu 80,00 Euro pro Maßnahme gewährt.

Die Höhe der Zuschüsse für primäre Prävention nach dem individuellen Ansatz und für Präventionsreisen ist für alle Versicherten auf insgesamt 160,00 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

§12c Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach folgenden Regelungen:

1. Bei nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalten erstattet die Betriebskrankenkasse für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen gemäß STIKO 80 % des in Rechnung gestellten Impfstoffs, maximal jedoch 80,00 € der jeweiligen Impfdosis. Zusätzlich erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 € pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.

2. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen HPV-Infektionen erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für den Impfstoff in Höhe von 50 v. H. sowie die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 € pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.
3. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Grippeimpfungen erstattet die Betriebskrankenkasse 80% des in Rechnung gestellten Impfstoffs, maximal jedoch 80,00 € der jeweiligen Impfdosis. Zusätzlich erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 € pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für die Gripeschutzimpfung für ihre Versicherten bis zu einer Höhe von 20,00 € (für Impfstoff und Arztleistung), höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt. Die Kosten werden ebenfalls nicht erstattet, wenn sie im Rahmen der Verträge zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden können.

§12d Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- I. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist.

Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich bis zu 13,00 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich bis zu 21,00 Euro.

§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, 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.

Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Versorgungsverträgen, deren Leistungsinhalte sich überschneiden, ist nicht zulässig. Versicherte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

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

III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages

- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlen der 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.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die R+V BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V.

Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

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

- III. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versicherungsvertrages

- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlen der 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.

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt bei stationärer Behandlung

- I. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 6.400 Euro, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif Selbstbehalt ausschließlich für vollstationäre Behandlungen nach § 39 SGB V wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Abs. 1 SGB V). Anfallende Kosten werden dem Mitglied von der Betriebskrankenkasse neben der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 SGB V bis zur maximalen Höhe des Selbstbehaltes in Rechnung gestellt. Alle anderen Leistungen der Betriebskrankenkasse werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Auch die Kosten für Leistungen an nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige werden nicht berücksichtigt. Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Der Selbstbehalt beträgt 120 Euro pro Teilnahmejahr. Für die Teilnahme erhält das Mitglied eine Prämie von 60 Euro pro Teilnahmejahr (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- II. Die gleichzeitige Teilnahme an einem weiteren Wahltarif nach §§ 53 Abs. 1, Abs. 2 oder 53 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen.
- III. Die Teilnahme am Tarif kann unterjährig erklärt werden, beginnt jedoch frühestens mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum Beginn des darauffolgenden Monats. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Mit Ablauf der drei Jahre endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Tarif kann von dem Mitglied neu

gewählt werden. Nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Kasse frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 S. 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V gilt entsprechend.

- IV. Die Prämie wird nach Ablauf des Kalenderjahres mit der Summe der vom Mitglied im Rahmen des Selbstbehaltes zu tragenden Kosten saldiert. Hat das Mitglied unterjährig den Wahltarif Selbstbehalt gewählt, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes für die Saldierung entsprechend anteilig. Die Werte für den Selbstbehalt und die Prämienzahlung verringern sich entsprechend, indem sie durch die Zahl 12 dividiert und das Ergebnis anschließend mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen wird nur bezogen auf den jeweiligen Teil des Kalenderjahres betrachtet, für den die Tarifwahl gilt. Übersteigt die Prämie die Kosten, erfolgt eine Auszahlung des Differenzbetrages. Wenn keine Kosten zu berücksichtigen sind, wird die volle Prämie an das Mitglied ebenfalls noch im auf das Kalenderjahr mit dem Selbstbehalt folgenden Kalenderjahr zum Stichtag ausgezahlt.

Übersteigt die Summe der vom Mitglied zu tragenden Kosten die Prämie bzw. wird der (maximale) Selbstbehalt erreicht, ist das Mitglied zur Zahlung des Differenzbetrages an die Betriebskrankenkasse verpflichtet. Auf eine schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse ist der Differenzbetrag innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei der Kasse besteht. Übersteigen die vom Mitglied zu tragenden Kosten die gewährte Prämie, gilt Satz 1 dieses Unterabsatzes. Die jährliche Prämie von 60 Euro kann nach verbindlicher Wahl des Tarifs und Beginn des Tarifzeitraums, als Vorschuss ausgezahlt werden. Die Kosten bis zur Höhe des (maximalen) Selbstbehaltes sind der Betriebskrankenkasse zu erstatten, sofern zu berücksichtigende Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die Betriebskrankenkasse fordert die Erstattungsbeträge für das Kalenderjahr zusammengefasst nach Ablauf des Kalenderjahres an. Im Regelfall soll aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Saldierung mit dem nächsten Teilnahmejahr verrechnet werden; Erstattungsbeträge sind dann mit der Prämie für das nächste Teilnahmejahr zu verrechnen. Endet die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt bei stationärer Behandlung während eines Kalenderjahres, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes entsprechend der Sätze 1 und 2 dieses Unterabsatzes.

- V. Sofern ein besonderer Härtefall nach § 53 Abs. 8 S. 3 SGB V vorliegt, kann das Mitglied die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt bei stationärer Behandlung vorzeitig kündigen. Das gilt insbesondere, wenn die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden

Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 6.400 Euro sinken oder das Mitglied arbeitslos oder erwerbsunfähig wird. Die Kündigung wirkt jeweils zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats. Es ist eine schriftliche Kündigung erforderlich.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte ab dem 16. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind. Voraussetzung ist, dass sie mindestens vier der folgenden Voraussetzungen für das jeweilige Kalenderjahr nachweisen können. Mindestens eine Maßnahme aus den Punkten 1 bis 3 oder Punkt 8 ist nachzuweisen.
1. Der Versicherte nimmt an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Frauen von Beginn des 20. Lebensjahres an, Männer von Beginn des 45. Lebensjahres an) gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil, ausgeschlossen ist hierbei die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.
 3. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen gemäß (§ 22 SGB V, § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) in Anspruch.
 4. Der Versicherte hat ein Sportabzeichen des DOSB abgelegt.
 5. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder in einem Sportverein.
 6. Der Versicherte nimmt eine zertifizierte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 7. Der Versicherte nimmt erfolgreich an einer Sportveranstaltung in körperlichen Ausdauersportarten teil.
 8. Der Versicherte nimmt abweichend von Nr. 2 an einer qualitätsgesicherten Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs teil.
 9. Der Versicherte nimmt an einem qualitätsgesicherten wohnortfernen Kompaktangebot zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V teil.
 10. Der Versicherte nimmt unter qualifizierter Leitung an einer gemeinschaftssportlichen Aktivität im Freien teil (bspw. Lauftreff,

Radtouren ADFC, Wanderungen DWV, Kletter- oder Mountainbike-Kurse etc.). Es hat eine Vorbereitung auf die Aktivität stattgefunden. Private sportliche Aktivitäten ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt, dem Übungsleiter bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.

- III. Der Bonus wird dem Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Abs. I und Abs. II ausgezahlt, wenn für ein Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte jeweils bis spätestens 31.12. des Folgejahres vollständig nachgewiesen werden.

Als Bonus erhalten Versicherte einen Geldbonus. Dieser beträgt 10,00 € je erfüllter Voraussetzung, maximal 100,00 € je Kalenderjahr. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

Der Versicherte erhält zu den in der Anlage 2 aufgeführten Maßnahmen einen jährlichen Zuschuss in Höhe von 20,00 € der nachgewiesenen Kosten.

Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich. Die Auszahlung erfolgt ausschließlich an das Mitglied.

§ 14a Bonusprogramm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die R+V BKK kann gemäß § 65a Abs. 2 SGB V mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. 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 Höhe der Bonuszahlungen wird im Bonusvertrag geregelt:

Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Unternehmen ausgezahlt, wenn

der Arbeitgeber pro Kalenderjahr folgende Voraussetzungen erfüllt und nachweist:

1. Mindestens einmal im Quartal findet ein Treffen des „Arbeitskreis Gesundheit“ mit einem Vertreter der BKK statt.
2. Erstellung eines Gesundheitsberichtes durch die R+V BKK. Aus Datenschutzgründen kann der Bericht nur erstellt werden, wenn mindestens 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens bei der R+V BKK versichert sind.
3. Das Unternehmen stellt finanzielle und personelle Ressourcen für die BGF zur Verfügung.
4. BGF ist Bestandteil des Unternehmensleitbildes.

Der Bonus der Stufe 1 erhöht sich um Stufe 2, wenn der Arbeitgeber jedes Kalenderjahr zusätzlich folgende gesundheitsfördernde Aktivitäten nachweist:

5. Durchführung einer Gripeschutzimpfaktion.
6. Durchführung von Bewegungsangeboten (Präventionskurse, Betriebssport oder Vortrag/Seminar). Voraussetzung ist, dass mindestens 10% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Angebote wahrnehmen.
7. Durchführung von Ernährungsangeboten (Präventionskurse oder Vortrag/Seminar).
8. Durchführung von Entspannungsangeboten (Präventionskurse, Vortrag/Seminar, Ruheräume oder Mobile Massage) bei Teilnahme von mindestens 10% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
9. Durchführung von Maßnahmen zur Verringerung des Suchtmittelkonsums (Präventionskurse, Vortrag/Seminar oder Umsetzung des Nichtraucherschutzes).
10. Maßnahmen zur mitarbeiterorientierten Führung. Voraussetzung ist die Teilnahme von mindestens 90% der Führungskräfte.
11. Unternehmen installiert zentrale Ansprechstelle für BGF.
12. Unternehmen mit mindestens 100 Beschäftigten organisieren einen Gesundheitstag für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Beteiligung der R+V BKK.
13. Angebot zielgruppenspezifischer Maßnahmen (z.B. für Auszubildende oder ältere Mitarbeiter).

Eine Ergebniskontrolle wird ab dem 2. Kalenderjahr stattfinden.

§ 14b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder

I. Versicherte Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten für die Durchführung folgender Untersuchungen und Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, entsprechende Bonuszahlungen.

Die Teilnahme am Bonusprogramm und die Auszahlung sind nur auf Antrag eines gesetzlichen Vertreters möglich.

Folgende Punkte sind in einer gesonderten Bonuskarte für Kinder nachzuweisen:

1. Versicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 bis J1) für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
2. Versicherte Kinder zwischen dem vollendeten 6. und vollendeten 15. Lebensjahr nehmen regelmäßig Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen in Anspruch (§ 22 Abs. 1 SGB V).
3. Versicherte Kinder nehmen die von der BKK nach § 20d SGB V bzw. die im Rahmen des § 12c der Satzung der R+V BKK gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch.

II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der Bonuskarte quittiert.

III. Der Bonus wird dem gesetzlichen Vertreter nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Abs. 1 und Abs. 2 ausgezahlt, wenn für ein Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bonuskarte jeweils bis spätestens zum 31.12. des Folgejahres vollständig nachgewiesen werden. Der Bonus wird als Geldleistung gewährt und beträgt im Kalenderjahr 20,00 Euro.

In dem Kalenderjahr, in dem versicherte Kinder ihr 15. Lebensjahr vollenden, besteht die Wahl zwischen dem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Erwachsene und dem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten-Kinder. Eine Kumulation beider Bonusprogramme in diesem Kalenderjahr ist nicht möglich.

- IV. Der Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.

§ 14c Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktiv Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

zu mindestens 80% teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14a ab.

- II. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10 EUR zu Beginn des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.

§ 14d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die R+V Betriebskrankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer elektronischen Gesundheitsakte.

Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbstbestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der auf Grund eines Vertrags für der R+V Betriebskrankenkasse für deren Versicherten tätig wird.
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die R+V Betriebskrankenkasse.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15 Wahltarif Krankengeld

Allgemeines

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des

Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und die höchstrichterliche Rechtsprechung.

Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen / ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs und nach Ende der Karenzzeit; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. für hauptberuflich Selbständige und kurzzeitig Beschäftigte (nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V) ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel Tarif S1),
2. für Künstler und Publizisten (nach § 46 Satz 3 SGB V) ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel Tarif K1; Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

IV. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum.

Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- V. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend.

Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

- VI. Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistung, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

- VII.

1. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V genannten hauptberuflich Selbständigen 70 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens gemäß § 15 SGB IV, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt.

Für die Berechnung des Krankengeldes wird das Arbeitseinkommen gemäß § 15 SGB IV aus dem für die Beitragsberechnung maßgebenden Steuerbescheid herangezogen.

Falls noch kein Steuerbescheid erstellt ist, wird das vom Mitglied nachgewiesene Arbeitseinkommen berücksichtigt, das zur Beitragsberechnung zugrunde gelegt wird.

Wird ein Verlust durch den Steuerbescheid oder den Steuerberater nachgewiesen, so ergibt sich keine Grundlage zur Krankengeldberechnung.

Kann weder der Steuerberater noch der Versicherte das vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielte Arbeitseinkommen gemäß § 15 SGB IV nachweisen, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Das Krankengeld darf zusammen mit den während der Arbeitsunfähigkeit weitergezahlten Provisionen und anderen Bezügen 70 % des Höchstregelentgelts nicht überschreiten.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse.

2. Die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V genannten kurzzeitig Beschäftigten erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des Arbeitsentgeltes gemäß der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V). Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsunfähigkeit gearbeitet hätte. Bei der Berechnung des Höchstregelentgeltes ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.
3. Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Künstler und Publizisten erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V.)

- VIII. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitskommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt / Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitskommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- IX. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

- X. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages.

Sofern im letzten 3-Jahres-Zeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde.

Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

- XI. Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

- XII. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V.

§ 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- XIII. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl / Beginn / Laufzeit

- XIV. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung sowie der Einzugsermächtigung für die Prämienzahlung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

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

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt; ausgenommen sind hier diejenigen Mitglieder, die nach Absatz I den Tarif nicht wählen können.

Kündigung

XV. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung mit einer Frist entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XVI. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

Bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H. pro Kalenderjahr kann der Wahltarif durch das Mitglied innerhalb eines Kalendermonats nach Information über die Prämienhöhung zum Beginn der Prämienhöhung gekündigt werden. Die Kündigung hat in Schriftform zu erfolgen.

Die betroffenen Mitglieder sind spätestens einen Kalendermonat vor Prämienhöhung schriftlich über die Erhöhung und das Sonderkündigungsrecht zu informieren.

Prämien

XVII. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen für hauptberuflich Selbständige und kurzzeitig Beschäftigte (nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V)

Tarif	
<i>Tarif S1</i>	<i>1,2% des Arbeitsentgeltes/ Arbeitseinkommen</i>

für Künstler und Publizisten (nach § 46 Satz 3 SGB V).

Tarif	
<i>Tarif K1</i>	<i>4,0% des Arbeitsentgeltes/ Arbeitseinkommens</i>

Für die Prämienberechnung bei hauptberuflich Selbständigen gilt grundsätzlich das Arbeitseinkommen im Sinne der für die Beitragsberechnung nach § 240 SGB V geltenden Grundsätze. Für den Kalendertag wird ein Betrag von maximal dem 30. Teil der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu Grunde gelegt, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für den Personenkreis, der einen Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II hat, wird mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße zu Grunde gelegt.

Für die Prämienberechnung bei kurzzeitig Beschäftigten, Künstlern und Publizisten wird das tatsächliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen, für den Kalendertag jedoch maximal der dreißigste Teil der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu Grunde gelegt.

XVIII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XIX. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

XIX. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

XX. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

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

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und im Internet unter www.ruv-bkk.de. 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 eine Woche.

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

Die R+V BKK 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 R+V BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der R+V BKK aus.

Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Satzungsnachtrag Nr. 21 zur Satzung der R+V BKK vom 1. Januar 2011 tritt am 01.03.2020 in Kraft.

Wiesbaden, den 4. Dezember 2019

Vorsitzender
des Verwaltungsrates
der R+V BKK

Gez. Birkenstock

Vorständin
der R+V BKK

Gez. Schmalfuß

Anlage 1 zu § 2 der Satzung

Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

I. Erstattung der Barauslagen

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 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

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. Klasse/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 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

II. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV (in der Fassung des Einigungsvertrages, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet F, Abschnitt III, Nr. 1 Buchstabe c).

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

III. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 52,00 Euro.

IV. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

Anlage 2 zu § 14 der Satzung

- 1) Professionelle Zahnreinigung
- 2) Bezuschussung von Prämien für eine laufende Krankenzusatzversicherung und Pflegezusatzversicherung, auf Basis der letzten gültigen Prämienrechnung